

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności



adnotacje urzędowe

U W A G A !

Zaświadczenie lekarskie wypełnia wyłącznie lekarz.

Prosimy o czytelne wypełnienie zaświadczenia.

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....

Data.....

Nazwisko i imię

Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego.....

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium.

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

.....

.....

.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja.....

.....

5. Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.....

.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? **TAK / NIE ***

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

W/w Pan(i) wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji **TAK / NIE ***

U W A G A !

Wypełnić w przypadku niemożności wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego:

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

* odpowiednie zakreślić

Brak pieczątki podmiotu wystawiającego zaświadczenie, **podpisu i pieczątki lekarza lub daty** powoduje nieważność zaświadczenia.

Niniejsze zaświadczenie zachowuje ważność **3 miesiące** od daty wystawienia przez lekarza.