

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

Zaświadczenie lekarskie wypełnia wyłącznie lekarz.
Prosimy o czytelne wypełnienie zaświadczenia.

adnotacje urzędowe

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

Miejscowość.....

Data.....

Nazwisko i imię dziecka.....

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

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. Konieczność stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji

.....
.....
.....

7. Konieczność sprawowania zwiększonej stałej opieki pielęgnacyjnej

.....
.....

8. Informacje dodatkowe

.....
.....
.....
.....

9. **Dziecko** **może *** / **nie może *** przybyć na badanie przedmiotowe (przyczyna niemożności wzięcia udziału w badaniu)

.....
.....
.....
.....
.....

* odpowiednie zakreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza

Brak pieczętki podmiotu wystawiającego zaświadczenie, podpisu lekarza lub daty powoduje nieważność zaświadczenia.

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