

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
(Uwaga! Zaświadczenie wypełnione przez lekarza ważne jest 30 dni od daty wystawienia
do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL **Nr i seria dowodu tożsamości**

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby.....

.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....
4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyt w szpitalu, sanatorium

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu):

.....
8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

9. Czy u w/w osoby **nastąpiło/ nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności.

10. Czy w/w osoba jest **zdolny/ nie jest zdolny** *do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Jeżeli pacjent jest niezdolny do podróży, należy dokładnie opisać stan zdrowia tj. posiadane dysfunkcje uzasadniające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu, z powodu obłożnej lub długotrwałej choroby, np. jak wygląda spożywanie posiłków, komunikowanie się, poruszanie się, wykonywanie czynności samoobsługowych itp.)

..... dnia.....
(pieczętka i podpis lekarza wydającego zaświadczenie)

* **właściwe podkreślić.**