

.....  
Pieczęćka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

..... dnia .....

**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 pacjenta** .....

**Data i miejsce urodzenia** .....

**Adres zamieszkania** .....

**PESEL** ..... **Nr i seria dowodu osobistego** .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....  
.....  
.....
2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby .....  
.....  
.....  
.....  
.....
3. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyt w szpitalu, sanatorium .....  
.....  
.....  
.....  
.....
4. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące .....  
.....  
.....  
.....
5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja .....  
.....  
.....
6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie .....  
.....  
.....

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (**w załączeniu**): .....
8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, *załączonych do zaświadczenia* .....
9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (**data**) .....
10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (**data**) .....
11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie **ma /nie ma\*** pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta.
12. Czy w/w osoba **wymaga / nie wymaga\*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.
13. Czy u w/w osoby **nastąpiło/ nie nastąpiło\*** istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania do celów orzekania o niepełnosprawności.

**14. Pacjent jest: \***

- a/ zdolny do udziału w posiedzeniu składu orzekającego,
- b/ zdolny do przybycia wyłącznie z pomocą drugiej osoby,
- c/ niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo – *należy szczegółowo opisać stan ogólny pacjenta 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 i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza wydającego zaświadczenie)

\* *właściwe podkreślić*