

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

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL.....

Numer i seria dowodu osobistego .....

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, choroby współistniejące.....  
.....  
.....  
.....

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie.....  
.....  
.....

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  /nie wymaga  opieki osoby drugiej ze względu na niemożność  
samodzielnej egzystencji.

Niniejszym zaświadczam, że w/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży i  
uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej  
poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

TAK / NIE

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

**UWAGA!**

**Zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od dnia wystawienia  
przez lekarza!**