Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość……

Data……..

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 ☐

.....
pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

UWAGA!

Zaświadczenie lekarskie jest ważne 3 miesiące od dnia wystawienia przez lekarza!