pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....

Data .....

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka

wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....
.....
.....
.....
2. Przebieg schorzenia podstawowego .....
.....
.....
.....
.....
3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące .....
.....
.....
4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja .....
.....
.....
5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie .....
.....
.....
6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu) .....
.....
.....

Niniejszym zaświadczam, że w/w osoba jest trwale niezdolna 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!