

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Kod pocztowy ..... Gmina .....

Numer PESEL ..... Nr i seria dowodu osobistego .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (wypełnić w języku polskim):

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, początek, 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, rokowanie (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 ( **należy załączyć do zaświadczenia**):

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych **załączonych do zaświadczenia**:

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

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ? TAK – NIE \*

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? Podać rok .....

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? Podać rok .....

11. Czy u pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych? TAK – NIE \*\*

12. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na **niemożność** samodzielnej egzystencji? TAK – NIE

13. Czy pacjent jest **trwale** niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności? TAK – NIE

14. W przypadku niemożności osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego **należy dokładnie określić przyczynę uzasadniającą orzekanie w trybie zaocznym** (takie rozpatrywanie wniosku występuje jedynie w wyjątkowych okolicznościach, jeżeli rozpoznana choroba jest długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą dysfunkcję fizyczną lub psychiczną osoby orzekanej, tj. osoba leżąca, osoba upośledzona umysłowo bez kontaktu słownego, osoba podłączona do respiratora, itp.)

.....  
.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza

\* **czytelnie wypełnić wszystkie pozycje !**  
\*\* **dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawności**