

**UWAGA: zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od jego wystawienia,
wszystkie punkty formularza oraz dane osobowe pacjenta wypełnia lekarz w języku polskim**

Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.

....., dnia

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL/...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres zamieszkania

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 opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie*

W/w do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest * :

a) zdolny/a,

b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej,

c) **trwale** niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby umożliwiającej osobiste stawiennictwo – poniżej należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan.

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie