

....., dn.
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej) (miejsowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(zaświadczenie lekarskie w całości wypełnia lekarz sprawujący opiekę medyczną)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

PESEL: Nr i seria dowodu osobistego (paszportu):

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (proszę wypełnić w języku polskim):

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); 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, potrzeby w tym zakresie:

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

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (wyniki w załączeniu do zaświadczenia):

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, (załączonych do zaświadczenia):

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

8. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

10. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK / NIE*

11. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

TAK / NIE*

12. Czy u pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu ostatniego badania dla celów orzecznich?*:**

TAK / NIE / NIE DOTYCZY*

13. Czy pacjent jest trwale niezdolny do osobistego stawiennictwa celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności?: TAK / NIE*

14. W przypadku zaznaczenia w punkcie 13 "TAK", należy podać przyczynę uzasadniającą konieczność orzekania w trybie zaocznym (takie rozpatrzenie wniosku dotyczy sytuacji, w których rozpoznana choroba jest długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą niezdolność osoby orzekanej, tj. np.: osoba leżąca, osoba podłączona do respiratora/koncentratora tlenu itp.).

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

W przypadku braku uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego.

.....
*(pieczętka imienna i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)*

* właściwe zakreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie