

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

....., dn.
(miejscowość) (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 – należy dołączyć 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 orzeczniczych?: ☐ 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