

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

miejsowość .....

data .....

(zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**  
**wydane dla potrzeb**  
**Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**  
(w całości wypełnia lekarz)

Nazwisko i imię .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres .....

Seria i nr dokumentu tożsamości .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaj, 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 wykonywanych 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 .....

Pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji      **TAK**      **NIE**

Pacjent      **może**      **nie może**     przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

.....  
pieczętka i podpis lekarza

**Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie i/lub podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta, powoduje nieważność zaświadczenia.**