

..... data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

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, potwierdzających rozpoznanie (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 nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

TAK / NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia

* niepotrzebne skreślić