

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki zawodowej

.....data.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**  
**Wydane dla potrzeb**  
**Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**  
(ważne 30 dni od daty wystawienia)

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 pobytu w szpitalach, sanatorium

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Ocena wyników leczenia, rokowania ( trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenia i rehabilitacja

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych ( w załączniku)

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 jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności

.....

pieczętka i podpis lekarza

\*niepotrzebne skreślić