Miejscowość ……………………..

Data ………………………………

Pieczątka 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 ..................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania; pobyt w szpitalu, sanatorium ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące ........................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie …………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu) ……………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. 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/a do osobistego stawiennictwa celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.**

**TAK / NIE\***

**…………………………………………………………**

**Pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie**

\*niepotrzebne skreślić

***INFORMACJA***

***Zaświadczenie lekarskie wypełnia tylko jeden lekarz***

***Zaświadczenie musi być wypełnione w każdym punkcie***

***Zaświadczenie ważne jest 30 dni od momentu wypełnienia go przez lekarza i przedłożenia do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności***