Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....
Data .....

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

Imię i nazwisko .....
Data i miejsce urodzenia .....
Adres zamieszkania .....
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 (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) wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak/ Nie*
W/w Pan(i) jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. Tak/ Nie*
U w/w Pana (i) nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia** Tak /Nie*

.....
(pieczątka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie)

zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia przez lekarza

* niepotrzebne skreślić
**dotyczy osób posiadających ważne orzeczenia