

Miejscowość ....., data .....

## Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię /imiona\*


Nazwisko

Data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 miejsce urodzenia

Adres zamieszkania:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria

--	--	--	--

numer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dowodu osobistego (paszportu)\*

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. Badania przedmiotowe: wzrost:.....; waga..... RR...../.....mmHg R...../.....

Postawa .....

Głowa i szyja: .....

Skóra i tkanka podskórna .....

Klatka piersiowa (układ oddechowy, krążenia): .....

Brzuch (układ pokarmowy, moczowo-płciowy):.....

Badanie mięśni, zakres ruchów kręgosłupa i stawów (w stopniach):.....

Podstawowe badanie neurologiczne.....

.....

**UWAGA: Zaświadczenie winno być wypełnione czytelnie, a każdy punkt w całości uzupełniony i wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku w Powiatowym Zespole.**

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja .....
5. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące .....
6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie .....
7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu) .....
8. 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/a 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\*

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić  
\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

**UWAGA: Zaświadczenie winno być wypełnione czytelnie, a każdy punkt w całości uzupełniony i wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku w Powiatowym Zespole.**