

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)

Wzrost Waga RR / mm Hg

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

.....
.....
.....

8. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

10. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta,

TAK / NIE *

11. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji,

TAK / NIE *

12. Czy u pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie),

TAK / NIE *

13. Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w Posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności,

jest zdolny jest zdolny z osobą towarzyszącą jest niezdolny

W przypadku zaznaczenia braku możliwości odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - należy szczegółowo opisać stan ogólny pacjenta tj. posiadane dysfunkcje uzasadniające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu np. poruszanie się, wykonywanie czynności samoobsługowych,

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
pieczętka imienna i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* zakreślić właściwe

Uwaga:

1. Zaświadczenie lekarskie ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza – podstawa prawna § 6 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. Dz. U. z 2021 r. poz. 857,
2. Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.