Miejscowość…. ………………………..

Data ...........................................

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(wypełnia tylko jeden lekarz)

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; 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 ................................

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

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

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

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

□ może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego

□ nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej

i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

( własciwe zaznaczyc symbolem X )

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

pieczątka i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

Termin ważności zaświadczenia (od daty wypełnienia do daty złożenia w Zespole ) wynosi 3 miesiące.

Brak pieczątek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty powoduje nieważność zaświadczenia.