

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(zaświadczenie lekarskie ważne 30 dni od daty wystawienia)

Orzeczenie pierwszorazowe / orzeczenie powtórne\*

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....Miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....Nr i seria dowodu osobistego.....

wzrost.....waga.....

**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 rehabilitacyjne**

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

**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 którego roku pacjent posiada dokumentację medyczną? .....

Od którego roku pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

.....

W/w Pan/i wymaga opieki drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji

**TAK / NIE \***

U w/w Pana/i **nastąpiło / nie nastąpiło\*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznictwa.

Pan/i jest trwale niezdolny/a do osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności **TAK /NIE \***

**W przypadku braku możliwości osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego należy ten fakt uzasadnić (brak merytorycznego uzasadnienia będzie skutkować wezwaniem osoby zainteresowanej na posiedzenie składu orzekającego)**

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza

\* niepotrzebne skreślić