

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

.....
miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(zaświadczenie ważne 30 dni od daty wystawienia)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka

Nr PESEL dziecka.....

WAGA DZIECKA..... WZROST DZIECKA.....

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. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

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

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 dziecko wymaga opieki drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. **TAK / NIE ***

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

Dziecko jest trwale niezdolne 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 dziecka na posiedzenie składu orzekającego)

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić