

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

.....  
miejscowość, data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności  
(ważne 30 dni)

**Pan/i** (lub imię i nazwisko dziecka) .....

**Data i miejsce urodzenia** .....

**Seria i nr dowodu osobistego** ..... **PESEL** .....

**Adres zamieszkania** .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaj; czas trwania; pobyt w szpitalu; sanatorium:

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

6. Używane przedmioty ortopedyczne, sprzęt pomocniczy i ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

7. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

9. Wzrost ....., waga ....., RR ...../ .....mmHg

U w/w NASTĄPIŁO / NIE NASTĄPIŁO /\* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności\*\*

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

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

Czy lekarz wystawiając zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji pacjenta TAK / NIE \*

W/w WYMAGA / NIE WYMAGA \*opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w jest TRWALE NIEZDOLNY do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu komisji lekarskiej TAK / NIE \*

W przypadku niemożności osobistego stawiennictwa na posiedzenie zespołu orzekającego należy dokładnie określić przyczynę uzasadniającą orzekanie zaoczne (zaoczne rozpatrywanie sprawy występuje jedynie w wyjątkowych przypadkach, jeżeli rozpoznana choroba jest długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą dysfunkcję fizyczną lub psychiczną osoby składającej wniosek tj. osoba leżąca, osoba upośledzona umysłowo bez kontaktu słownego, osoba podłączona do respiratora, itp.)

**UWAGA! Jeśli pacjent jest trwale niezdolny do udziału w posiedzeniu komisji orzeczniczej – do zaświadczenia należy dołączyć wypełniony druk oceny pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel**

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

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnia się, gdy pacjent ponownie ubiega się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

.....  
pieczętka i podpis lekarza wydającego zaświadczenie

Uwaga

1. Prosimy o czytelne wypełnianie rubryk.
2. Do niniejszego zaświadczenia prosimy o dołączenie wyników badań, konsultacji bądź kart informacyjnych mających wpływ na ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności (**odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem** przez lekarza, uprawnionego pracownika placówki medycznej, pracownika urzędu państwowego).