

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb ubiegania się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
(osoby, która ukończyła 16 rok życia)

pierwszorazowe/powtórne*

1. Imię i nazwisko _____
2. Data i miejsce urodzenia _____
3. Adres zamieszkania _____
4. PESEL¹
5. Seria i nr dokumentu tożsamości² _____

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

II. Rozpoznanie chorób współistniejących, uszkodzeń innych narządów i układów:

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

IV. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

V. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

¹ Nie dotyczy cudzoziemców, którym numeru nie nadano.

² Dokument zawierający co najmniej imię i nazwisko osoby wraz z aktualnym zdjęciem.

* niepotrzebne skreślić

VI. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie:

VII. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

VIII. Zakres i rodzaj ograniczeń spowodowany naruszoną sprawnością organizmu:

IX. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

X. Czy pacjent adekwatnie do wieku wymaga pomocy w zakresie samoobsługi, poruszaniu się i komunikowaniu się (jeżeli tak wskazać rodzaj i zakres):

XI. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie³

XII. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną³

XIII. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta: TAK/NIE*

XIV. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: TAK/NIE*

XV. Czy u pacjenta nastąpiło/nie nastąpiło* pogorszenie/polepszenie* stanu zdrowia w okresie od wydania poprzedniego zaświadczenia lekarskiego.

XVI. Pacjent jest zdolny/niezdolny⁴* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego.

.....
Pieczętka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Uwaga:

1. Zaświadczenie jest ważne przez 30 dni od dnia jego wydania przez lekarza.
2. Zaświadczenie na potrzeby orzekania o stopniu niepełnosprawności wydawane jest bezpłatnie.
3. Zaświadczenie należy wypełnić czytelnie.

³ Należy wpisać datę dzienną.

⁴ Dotyczy sytuacji, gdy pacjent nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

* niepotrzebne skreślić