

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności  
(dziecko do 16 roku życia)**

(zaświadczenie ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza)

pierwszorazowe/powtórne\*

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres zamieszkania.....
4. PESEL .....
5. Seria i nr dokumentu tożsamości .....

**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):**

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

**VI. Przewidywanie okres trwania naruszonej sprawności fizycznej lub psychicznej powyżej 12 miesięcy: TAK/NIE\***

**VII. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie:**

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

**VIII. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:**

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

**IX. Zakres i rodzaj ograniczeń spowodowany naruszoną sprawnością organizmu:**

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

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

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

**XI. Czy dziecko adekwatnie do wieku wymaga na co dzień pomocy opiekuna w zakresie samoobsługi, oraz w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji (jeżeli wymaga należy podać rodzaj i zakres):**

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

**XII. Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie: ...../...../..... r.**

**XIII. Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną: ...../...../..... r.**

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

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

**XVI. Dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo: TAK/NIE**

.....  
pieczętka imienna i podpis lekarza wydającego zaświadczenie

Uwaga:

1. Zaświadczenie należy wypełnić czytelnie.