

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

(zaświadczenie ważne jest przez 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza)

pierwszorazowe/powtórne*

1. Imię i nazwisko
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), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....

.....

.....

.....

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 zaświadczenie:/...../..... r.

XII. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną:/...../..... r.

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 trwale niezdolny 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.