

Miejscowość .....

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Data .....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE W CAŁOŚCI WYPEŁNIA LEKARZ – WŁĄCZNIE Z DANymi OSOBOWYMI DZIECKA)

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....  
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); 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 oraz choroby współistniejące

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

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

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie .....

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

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

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

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

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak / Nie\*

W/w dziecko **wymaga / nie wymaga\*** stałej opieki i pielęgnacji w zakresie przewyższającym opiekę i pielęgnację właściwą dla wieku.

W/w dziecko **jest zdolne / nie jest zdolne\*** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.

\*niepotrzebne skreślić

.....  
stempel i podpis lekarza  
wydającego zaświadczenie