

Miejscowość

Data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **W CAŁOŚCI WYPEŁNIA LEKARZ** - WŁĄCZNIE Z DANymi
OSOBOWYMI PACJENTA)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, początek, stopień uszkodzenia strukturalnego
i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i reha-
bilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, 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
8. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie :.....
9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną :
10. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta : **Tak / Nie***
11. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samotnej egzystencji : **Tak / Nie***
12. Czy u pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie wydania poprzedniego zaświadczenia lekarskiego : **Tak / Nie***
13. Czy pacjent jest trwale niezdolny do osobistego stawiennictwa celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności : **Tak / Nie***

Informacje dla lekarza wypełniającego zaświadczenie - w przypadku zaznaczenia braku możliwości osobistego stawiennictwa, należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego):

.....

.....

.....

.....

.....

*Niepotrzebne skreślić

.....
stempel i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

UWAGA :

1. Zaświadczenie lekarskie ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza - podstawa prawna § 6 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. - Dz. U. z 2015r., poz. 1110.
2. Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.