.....
miejscowość i data

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb powiatowego zespołu
ds. orzekania o niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL | | | | | | | | | | | |

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej – potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: .....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu i sanatorium: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 wykonanych badań diagnostycznych: .....
.....
.....
.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia: .....
.....
.....
.....
.....

Czy pacjent jest **trwale niezdolny** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności?

NIE/TAK* *(jeżeli tak, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby)*

.....
pieczątka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

** niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z § 6 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139 poz. 1328) powyższe zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni.