

**WYDANE NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU**

(Pieczęć podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby zainteresowanej\*/ dziecka\*<sup>1</sup>**  
wydane dla potrzeb Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rudzie Śląskiej  
(dokument wypełnia w całości [WYŁĄCZNIE JEDEN] lekarz pod którego opieką znajduje się osoba  
zainteresowana [łącznie z danymi osobowymi])

**Imię i nazwisko:** .....

**Numer Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności:** ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../..... lub

**w przypadku cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL - informacja o obywatelstwie:.....**

**Adres zamieszkania:** ....../...../...../...../...../.....  
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

**I. 1) Rozpoznanie choroby zasadniczej:**.....

2) Rozpoznanie powyżej opisanej choroby zasadniczej zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych stanowiących załącznik do zaświadczenia (wpisać jakimi):.....

3) Opis przebiegu schorzenia zasadniczego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium, ośrodku rehabilitacji:.....

**II. 1) Rozpoznanie chorób współistniejących (choroby współistniejące):**.....

<sup>1</sup> Przez pojęcie „**dziecka**” należy rozumieć osobę do 16. roku życia; natomiast przez „**osobę zainteresowaną**”: osobę powyżej 16 roku życia. (w przypadku dziecka obligatoryjne jest wyłączenie opisanie stanu zdrowia dziecka).

.....  
.....  
.....  
.....  
2) Rozpoznanie powyżej opisanych chorób współistniejących (choroby współistniejącej) zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych stanowiących załącznik do zaświadczenia (wpisać jakimi):.....  
.....  
.....  
.....

III. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:.....  
.....  
.....  
.....

IV. Używane przedmioty ortopedyczne / środki pomocnicze (lub ewentualne potrzeby w tym zakresie):.....  
.....  
.....  
.....

V. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji (stanowiących załącznik do zaświadczenia):.....  
.....  
.....  
.....

VI. Czy lekarz wydający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej osoby zainteresowanej\* / dziecka\*: ☐ TAK\*\* / ☐ NIE\*\*

VII. Dokumentacja medyczna prowadzona jest począwszy od:.....  
(data [w formacie: dd.mm.rrrr])

VIII. Osoba zainteresowana\* / dziecko\* jest pod opieką lekarza (wydającego zaświadczenie) począwszy od:.....  
(data [w formacie: dd.mm.rrrr])

IX. Czy ww. dziecko wymaga w codziennym funkcjonowaniu większego wsparcia niż zdrowe dziecko w tym wieku (DOT.OSÓB do 16 ROKU ŻYCIA)\*\*: ☐ TAK\*\* / ☐ NIE\*\*

X. Czy ww. Pan/i (dziecko\*) wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji\*\*: ☐ TAK\*\* / ☐ NIE\*\*

XI. Osoba zainteresowana\* / dziecko\* jest:

☐ zdolna/e do osobistego stawiennictwa i uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego (w siedzibie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności). \*\*

☐ trwale niezdolna/e do osobistego stawiennictwa i uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby tj.:.....  
.....  
.....

2\*\*

\* Niepotrzebne skreślić

\*\*Właściwą rubrykę: „☐” zaznaczyć stawiając w polu znak:”☒”

.....  
(podpis i pieczęć lekarza wydającego zaświadczenie pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana / dziecko)

<sup>2</sup> Należy opisać rozpoznanie długotrwałej i nierokującej poprawy choroby – uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo osoby zainteresowanej/ dziecka.