

PZO

Płock

**OCENA STANU ZDROWIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ
WYSTAWIONA PRZEZ LEKARZA
PRZEWODNICZĄCEGO SKŁADU ORZEKAJĄCEGO**

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego lub innego dok. tożsamości

1. BADANIE PODMIOTOWE (wykształcenie, zawód, posiadane kwalifikacje)

Przebieg schorzenia podstawowego, chorób współistniejących, wyniki dotychczasowego leczenia zachowawczego, operacyjnego, ambulatoryjnego i szpitalnego.

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

2. BADANIE PRZEDMIOTOWE

Wzrost, waga, RR/....., R/'

Postawa
.....

Głowa i szyja
.....

Skóra i tkanka podskórna
.....

Klatka piersiowa (układ oddechowy, krążenia)
.....

.....
.....

Brzuch (układ pokarmowy, moczowo-płciowy)
.....

.....
.....

.....
.....

Badanie mięśni, zakresu ruchów kręgosłupa i stawów (w stopniach)
.....
.....

Podstawowe badanie neurologiczne
.....
.....

3. WYNIKI PODSTAWOWYCH BADAŃ DODATKOWYCH NIE ZAŁĄCZONYCH DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (wniosku, odwołania)

.....
.....

4. ROZPOZNANIE ZASADNICZE

5. CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE

6. OKREŚLENIE ZAKRESU I RODZAJU OGRANICZEŃ SPOWODOWANYCH NARUSZONĄ SPRAWNOŚCIĄ ORGANIZMU WYNIKAJĄCĄ Z ROZPOZNANIA CHOROBY ZASADNICZEJ I CHORÓB WSPÓLISTNIEJĄCYCH

.....
.....

7. ROKOWANIE: rokuje poprawę / nie rokuje poprawy / trudne do przewidzenia*

8. PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (symbol)

9. POCZĄTEK NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*:

data / nie da się ustalić / od urodzenia / od niemowlęctwa (do ukończenia 1 r.ż.) /
od wczesnego dzieciństwa (od ukończenia 1 r.ż. do ukończenia 3 r.ż.) / od roku życia

10. PROPONOWANY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

ZNACZNY / UMIARKOWANY / LEKKI / BRAK*

od: data (dzień, miesiąc, rok) / okres (rok lub miesiąc i rok)*

charakter orzeczenia: trwały / okresowy do (dzień, miesiąc, rok)*

11. WSKAZANIA DO:

a) zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie danej osoby*:
zgodnie z zaleceniami lekarza specjalisty / nie wymaga /

b) szkolenia, w tym specjalistycznego*:
bez wskazań / kontynuacja nauki zgodnie z możliwościami psychofizycznymi /
szkolenie specjalistyczne zgodnie z możliwościami psychofizycznymi / nie dotyczy /

c) odpowiedniego zatrudnienia*: nie dotyczy / otwarty rynek pracy / stanowisko przystosowane /
warunki pracy chronionej / zakład aktywności zawodowej / bez wskazań /

d) warsztatu terapii zajęciowej: TAK / NIE / NIE DOTYCZY*

e) konieczności opieki osoby drugiej – długotrwałej / stałej / okresowej / częściowej* ze względu na
niemożność samodzielnej egzystencji: TAK / NIE*

f) spełniania przez osobę niepełnosprawną warunków określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia
20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym: TAK / NIE / NIE DOTYCZY*

g) niepełnosprawność osoby wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju: TAK / NIE*

12. UZASADNIENIE (wskazać istotne badania diagnostyczne i stwierdzone badaniem przedmiotowym dysfunkcje fizyczne
stanowiące podstawę ustalonego rozpoznania, zakwalifikowania lub nie do stopnia niepełnosprawności adekwatnie do definicji
stopni niepełnosprawności - art. 4 ustawy)

**13. KONIECZNOŚĆ WYKONANIA BADAŃ DODATKOWYCH, HOSPITALIZACJI,
KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH W CELU WYDANIA ORZECZENIA:** TAK / NIE* (jakie
badania, uzasadnienie)

**14. CZY NASTĄPIŁO POGORSZENIE STANU ZDROWIA W STOSUNKU DO STANU ZDROWIA
BĘDĄCEGO PODSTAWĄ WYDANIA POPRZEDNIEGO ORZECZENIA:** TAK / NIE /
NIE DOTYCZY*

.....
pieczętka i podpis lekarza
Przewodniczącego składu orzekającego
(pieczętka ze specjalizacją – czytelna)

* niepotrzebne skreślić