

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/°

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

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

Podstawowe badanie neurologiczne

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

Zmiany chorobowe stwierdzone w narządzie wzroku, mowy, słuchu; układzie oddechowo-kръżeniowym; narządach przewodu pokarmowego, moczowo-płciowych, a mające wpływ na niepełnosprawność i stopień niepełnosprawności (wymienić jakie)

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 niemowlęstwa (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*

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

* niepotrzebne skreślić