

.....  
miejscowość i data

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności  
(w całości wypełnia lekarz – włącznie z danymi osobowymi pacjenta)

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\***

W przypadku zaznaczenia TAK należy ten fakt uzasadnić (brak merytorycznego uzasadnienia spowoduje wezwanie wnioskodawcy na posiedzenie składu orzekającego):

.....

.....

.....

.....

*pieczętka i podpis lekarza  
wydającego zaświadczenie*

\* *niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z § 6 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2021 r. poz. 857 ze zm.) powyższe zaświadczenie lekarskie jest ważne 3 miesiące od daty wystawienia. Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.