

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 .....

**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 – krążeniowym; 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 \*

**8. PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (symbol) .....**

**9. POCZĄTEK NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:** ...../ nie da się ustalić \*

**10. PROPONOWANY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

znaczny/ umiarkowany/ lekki/ brak \* od .....

trwały/ okresowy do ..... \*

## 11. WSKAZANIA DO:

a)zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie danej osoby

.....  
.....

b)szkolenia, w tym specjalistycznego

.....

c)odpowiedniego zatrudnienia: otwarty rynek pracy/ stanowisko przystosowane/ zakład pracy chronionej/ zakład aktywności zawodowej \*

d)warsztatu terapii zajęciowej: TAK/ NIE \*

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 \*

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