

# ANALIZA WNIOSKU

PZO .....

## I. Analiza merytoryczna - Sprawdzenie zgodności złożonych dokumentów z wymogami rozporządzenia:

- wniosek kompletny ☐
- uzupełnienie braków formalnych:
  - ☐ brak podpisu wnioskodawcy / opiekuna prawnego na wniosku
  - ☐ brak danych we wniosku
  - ☐ inne .....
- uzupełnienie braków w dokumentacji medycznej:
  - ☐ brak dokumentacji medycznej
  - ☐ nieaktualne zaświadczenie lekarskie
  - ☐ brak daty / pieczętki / podpisu lekarza w zaświadczeniu lekarskim
  - ☐ kserokopia dokumentacji nie potwierdzona za zgodność z oryginałem
  - ☐ .....
- uzupełnić wniosek o .....

Analizy dokonano dnia ..... Podpis przewodniczącego .....

## II. Analiza medyczna - Specjalność lekarza -przewodniczącego składu .....

### 1. Dokumentacja z poradni :

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Internistycznej  | <input type="checkbox"/> PZP              | <input type="checkbox"/> Reumatologicznej | <input type="checkbox"/> Dermatologicznej   |
| <input type="checkbox"/> Kardiologicznej  | <input type="checkbox"/> Okulistycznej    | <input type="checkbox"/> Urologicznej     | <input type="checkbox"/> Endokrynologicznej |
| <input type="checkbox"/> Ortopedycznej    | <input type="checkbox"/> Laryngologicznej | <input type="checkbox"/> Nefrologicznej   | <input type="checkbox"/> Hepatologicznej    |
| <input type="checkbox"/> Neurologicznej   | <input type="checkbox"/> Chorób płuc      | <input type="checkbox"/> Onkologicznej    | <input type="checkbox"/> Hematologicznej    |
| <input type="checkbox"/> Diabetologicznej | <input type="checkbox"/> Rehabilitacyjnej | <input type="checkbox"/> Chirurgicznej    | <input type="checkbox"/> Alergologicznej    |
| <input type="checkbox"/> Gastrologicznej  | <input type="checkbox"/> Inne: .....      |   |   |

☐ Karty informacyjne leczenia szpitalnego

Powyższą dokumentację należy dostarczyć: ☐ w całości ☐ z ostatnich 2 lat ☐ od daty ostatniego orzeczenia

### 2. Dodatkowe badania

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> EKG                          | <input type="checkbox"/> Doppler .....           |
| <input type="checkbox"/> Próba wysiłkowa              | <input type="checkbox"/> Gastroskopia            |
| <input type="checkbox"/> Echo serca                   | <input type="checkbox"/> Audiogram               |
| <input type="checkbox"/> Holter                       | <input type="checkbox"/> Spirometria             |
| <input type="checkbox"/> Rtg lub CT.....              | <input type="checkbox"/> Pole widzenia           |
| <input type="checkbox"/> CT .....                     | <input type="checkbox"/> Dno oka                 |
| <input type="checkbox"/> EEG                          | <input type="checkbox"/> Badanie ostrości wzroku |
| <input type="checkbox"/> Dzienniczek pomiaru glikemii | <input type="checkbox"/> USG .....               |

### 3. Wyniki badań laboratoryjnych: ☐ morfologia ☐ OB ☐ CRP ☐ RF ☐ kreatynina ☐ HbA1C ☐ glukoza na

czczo ☐ transaminazy w surowicy krwi ☐ Aspat ☐ Alat ☐ badanie moczu ☐ kwas moczowy ☐ lipidogram

☐ amylaza w surowicy krwi ☐ GGTP ☐ TSH

☐ Opinia Psychologa / wykonać badanie .....

☐ Inne badania .....

### 4.Sprawa orzekana zaocznie : ☐ TAK ☐ NIE

Analizy dokonano dnia .....Podpis lekarza .....