

PZO.....

Płock,

**OCENA
STANU ZDROWIA DZIECKA
WYSTAWIONA PRZEZ LEKARZA
PRZEWODNICZĄCEGO SKŁADU ORZEKAJĄCEGO**

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania

1. BADANIE PODMIOTOWE

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)

.....

.....

Podstawowe badanie układu ruchu

.....

.....

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 *

8. PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (symbol)

9. POCZĄTEK NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:/ data złożenia wniosku *

10. ZALICZYĆ/ NIE ZALICZYĆ/ DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH *

na okres do

11. WSKAZANIA DO:

zgodnie z art. 6b, ust.3 pkt: 4, 5, 7, 8, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

a)(pkt 5) zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby

b)(pkt 7) konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji: TAK/ NIE *

c)(pkt 8) konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji, edukacji: TAK/ NIE *

d)spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. – Prawo o ruchu drogowym: TAK/ NIE *

e)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 do osób niepełnosprawnych zgodnie z kryteriami oceny niepełnosprawności dzieci do 16 r. ż. zawartymi w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 01 lutego 2002 r.)

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

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