

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...../°

Postawa

.....

Głowa i szyja.....

.....

Skóra i tkanka podskórna

.....

Klatka piersiowa (układ oddechowy, krążenia)

.....

.....

.....

Brzuch (układ pokarmowy, moczowo płciowy)

.....

.....

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

.....

.....

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:/ 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 BĄDĄCEGO PODSTAWĄ WYDANIA POPRZEDNIEGO ORZECZENIA: TAK/ NIE / NIE DOTYCZY *

Pieczętka i podpis lekarza
Przewodniczącego składu orzekającego
(pieczętka ze specjalizacją – czytelna)

* niepotrzebne skreślić