

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 przedstawiciela ustawowego dziecka .....

**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) .....

.....

.....

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 / trudne do przewidzenia\*

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

**9. POCZĄTEK NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI\*:**

data ..... / od urodzenia / od niemowlęstwa (do ukończenia 1 r.ż.) /  
od wczesnego dzieciństwa (od ukończenia 1 r.ż. do ukończenia 3 r.ż.) / od ..... roku życia

**10. ROZSTRZYGNIĘCIE\*:**

NIE ZALICZYĆ / ZALICZYĆ do osób niepełnosprawnych na okres do .....  
(dzień, miesiąc, rok)

## 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\*:

zgodnie z zaleceniami lekarza specjalisty / nie wymaga / .....  
.....  
.....

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 warunków określonych w art. 8 ust. 3a pkt 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – 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