

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie i **ZAŁĄCZONYCH** do zaświadczenia:

(prosimy wskazać konkretne dokumenty medyczne stanowiące dowody w sprawie – zapis ogólny pt. historia choroby jest nieprawidłowy)

7. Istotne odchylenia wyników badań dodatkowych (**W ZAŁĄCZENIU**):

(prosimy wskazać konkretne dokumenty medyczne stanowiące dowody w sprawie – zapis ogólny pt. historia choroby jest nieprawidłowy)

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, **ZAŁĄCZONYCH** do zaświadczenia:

(prosimy wskazać konkretne dokumenty medyczne stanowiące dowody w sprawie – zapis ogólny pt. historia choroby jest nieprawidłowy)

9. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka?

TAK

NIE

10. Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

11. Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną? (rok)

12. Czy dziecko ze względu na stan zdrowia wymaga opieki drugiej osoby ?

TAK częściowej / stałej / okresowej *

NIE

13. Czy dziecko z powodu stanu zdrowia jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego rozpatrującego wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności?

TAK

NIE

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

*niepotrzebne skreślić