Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej Data: ................................................................

lub praktyki lekarskiej

 Uwaga! Zaświadczenie jest ważne przez okres **3 miesięcy** od daty wystawienia do daty złożenia

# Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

 Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(dotyczy osób przed 16-tym rokiem życia)

Imię i nazwisko dziecka..................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ...............................................................................................

Adres zamieszkania ......................................................................................................

Numer ewidencyjny Pesel .............................................................................................

1. *Rozpoznanie choroby zasadniczej:*
2. *Dotychczasowy przebieg schorzenia podstawowego, aktualne leczenie farmakologiczne i inne:*
3. *Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:*
4. *Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:*
5. *Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie i prognoza potrzeb:*
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)*

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

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

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

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

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

 TAK NIE

1. Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok) ...........
2. Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną? (rok) ......................................................
3. Czy dziecko ze względu na stan zdrowia wymaga opieki drugiej osoby ?

 TAK częściowej / stałej / okresowej \* NIE

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

 TAK NIE (ZAOCZNIE)

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

(pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

**Podstawa prawna: § 3 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej**

 **z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności**

 **(Dz. U. Nr 139, poz.1328).**

\*niepotrzebne skreślić