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

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

Data urodzenia ..............................................................................................................

Adres zamieszkania lub pobytu .....................................................................................

Numer ewidencyjny PESEL ..........................................................................................

Nr dow. osob. lub innego dok. potwierdzającego tożsamość ........................................

1. *Rozpoznanie choroby zasadniczej:*
2. *Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:*
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 i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:*
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. *Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych,* ***ZAŁĄCZONYCH*** *do zaświadczenia:*

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

tak nie

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok) ......................................................................

Czy pacjent wymaga nie wymaga opieki drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

**Czy pacjent z powodu stanu zdrowia jest zdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego rozpatrującego wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności?**

**Tak Nie /zaocznie/**

…………………………………………………………….

Pieczątka i podpis lekarza

**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).**

***Kserokopie dokumentów medycznych – wyników badań, konsultacji pozostających w oryginałach w dokumentacji medycznej pacjenta u lekarza - prosimy potwierdzić za zgodność z oryginałem!***