

miejsowość

data

(ważne 30 dni od daty wystawienia)

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Iławie

Uwaga: zaświadczenie w całości wypełnia lekarz. W przypadku nanoszenia zmian, wypełnienia danych pacjenta przez inną osobę, lekarz potwierdza ich prawidłowość (pieczętka i podpisem).

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (wypełnić w języku polskim, czytelnie)

2. Przebieg schorzenia podstawowego

3. Choroby współistniejące, uszkodzenia innych narządów i układów (w jęz. polskim)

4. Dokładna data powstania niepełnosprawności

5. Proszę dokładnie określić przyczynę niepełnosprawności (wg rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. Dz. U. Nr 17, poz. 162 § 2 pkt 1-9, § 1 pkt 1-3)

6. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

7. Czy konieczne jest zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie

TAK NIE

Jeżeli TAK to proszę dokładnie wyszczególnić - jakie:

8. Czy zachodzi konieczność stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia; rehabilitacji i edukacji

TAK NIE

9. Czy zachodzi potrzeba korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji dziecka:

TAK NIE

10. Czy zachodzi konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji dziecka:

TAK NIE

11. Czy niepełnosprawność dziecka spełnia przesłanki określone w art.8 ust.3a pkt.2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2012 r. poz. 1137, z późn. zm.)

TAK NIE

12. Czy niepełnosprawność dziecka kwalifikuje do innych wskazań (np. ulgi telekomunikacyjne itp.) Proszę wyszczególnić jakich:

TAK NIE

13. Czy dziecko jest zdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

TAK NIE

14. Do niniejszego wniosku proszę dołączyć odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzających rozpoznanie choroby, takich jak: dokumentacja medyczna z miejsca leczenia, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, wyniki badań dodatkowych oraz inną dokumentację medyczną istotną dla oceny stanu zdrowia dziecka.

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie