

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsowość

data

(ważne 30 dni od daty wystawienia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Ławie

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

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego /paszportu/

PESEL

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

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

Tak / Nie*

W/w Pan/i wymaga/nie wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji

Tak / Nie*

W/w Pan /i jest trwale niezdolny / a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Tak / Nie*

.....
U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia**

Tak/Nie*

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie