

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Seria i numer dowodu osobistego:

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 (w załączeniu):

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych załączonych do zaświadczenia:

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

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

TAK

NIE

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (rok)?

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

Ww. Pan(i) wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

TAK

NIE

Ww. Pan(i) nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo?

TAK

NIE

Pieczętka i podpis lekarza:

.....