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

( miejscowość i data )

Pieczątka zakładu

opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

**wydane dla potrzeb zespołu**

**do spraw orzekania o niepełnosprawności**

(Uwaga! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko pacjenta(ki)......................................................................................................................

Data urodzenia ……………………… adres zamieszkania.....................................................................

Tożsamość ustalono na podstawie (nazwa, seria i numer dokumentu)....................................................

..................................................................PESEL......................................................................................

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej**....................................................................................................

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

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

1. **Choroby współistniejące** ……………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………

1. **Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie** ……………………………………………….  
   ………………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

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

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

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

1. **Aktualny stan przedmiotowy** ………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….......

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

1. **Ocena wyników leczenia, rokowanie** ………………………………………………………………

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

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

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

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

1. **Używane urządzenia protetyczne, pomoce techniczne, ich tolerancja** …………………………..

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

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

………………………………………………………………………………………………………...

1. **Wykaz wykonanych badań potwierdzających rozpoznania**……………………………………

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

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

…………………………………………………………………………………………………………

1. **Wykaz przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych** ……………………………………….

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

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

………………………………………………………………………………………………………..

Jeśli pacjent(ka) nie posiada pełnej dokumentacji diagnostycznej potwierdzającej rozpoznanie   
i pozwalającej ocenić stopień zaawansowania zmian chorobowych proszę wskazać jakie badania są   
w toku ……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

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

Pacjent(ka) wymaga stałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji spowodowaną stanem zdrowia TAK / NIE\* (*dotyczy osób powyżej 16. roku życia*)

Pacjent(ka) wymaga częściowej (w niektórych czynnościach) lub czasowej (w okresach wynikających ze stanu zdrowia) pomocy innych osób TAK/ NIE\* (*dotyczy osób powyżej 16. roku życia*)

Pacjent(ka) jest:\*

1. zdolny/a do udziału w posiedzeniu składu orzekającego,
2. zdolny/a do przybycia wyłącznie w towarzystwie osoby drugiej,
3. niezdolny/a do osobistego udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej   
   i nierokującej poprawy choroby, co potwierdza załączona dokumentacja leczenia

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

pieczątka i podpis lekarza

wydającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić