

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....

Data .....

### **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

wydane dla potrzeb

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności

**(proszę wypełnić zaświadczenie czytelnie)**

(zaświadczenie jest ważne **30 dni** od wystawienia do złożenia w PZd/sOoN)

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

Nr i seria dowodu osobistego .....

Wzrost ....., waga ....., RR ...../mmHg, R .....

#### 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)

.....

**W/w Pan(i) jest trwale niezdolny(a)** (w związku z ciężką, przewlekłą, ograniczającą możliwość poruszania się chorobą lub pobytem w szpitalu) / **zdolny(a)\* do odbycia podróży**, celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\*niepotrzebne skreślić

**UWAGA:** Zaświadczenie lekarskie jest ważne **30 dni** od daty wystawienia do dnia złożenia w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności