

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(proszę wypełnić zaświadczenie czytelnie)

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

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 dziecko posiada dokumentację medyczną? (rok)

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

.....

W/w dziecko wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. TAK/NIE*

Dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe na posiedzeniu komisji
TAK/NIE*

.....
pieczęć 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