

**Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia**

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Legnica, dnia .....

**Zaświadczenie lekarskie**

o stanie zdrowia wydane dla potrzeb  
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyt 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, konsultacji specjalistycznych załączonych do ww. 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 wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: Tak/Nie\*

W/w Pan/i **jest trwale niezdolny/a** do odbycia podróży na posiedzenie zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności: Tak/Nie\*

**Proszę uzasadnić:**

.....

.....

.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza

**W załączeniu należy dołączyć kopie: wyników badań, zastosowanego leczenia (w tym karty leczenia szpitalnego), rehabilitacji, itp. - potwierdzających rozpoznanie choroby zasadniczej i schorzeń współistniejących oraz dokumenty medyczne potwierdzające aktualny stan zdrowia.**

*\*niepotrzebne skreślić*