

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....  
Data .....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
**DRUK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNI I W JĘZYKU POLSKIM**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

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

.....  
.....

**Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby** .....

.....  
.....

**Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące**

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

**Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium**

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

**Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja**

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

**Używane zaopatrzenie i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie**

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

**Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)**

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

**Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia**

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

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

.....

**Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data).....**

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? \*  TAK  NIE

Czy Pan/Pani wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji \* wymaga  nie wymaga

Czy w/w Pan/Pani jest **trwale niezdolny/a** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności \*

- jest zdolny
- jest zdolny z osobą towarzyszącą
- jest niezdolny

**W przypadku zaznaczenia braku możliwości odbycia podróży należy ten fakt uzasadnić:**

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

**W przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego.**

.....  
Stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

**UWAGA!**

**1. Zaświadczenie lekarskie ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza - Podstawa prawna: § 6 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. – Dz. U. Nr 139, poz. 1328.**

**2. Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.**

**\* odpowiedź zaznaczyć w kratce**