

.....
miejsowość i data

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności
(w całości wypełnia lekarz – włącznie z danymi osobowymi pacjenta)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej – potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu i sanatorium:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych:

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

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 diagnostycznych:

.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....
.....

Czy pacjent jest **trwale niezdolny** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności? **NIE/TAK***

W przypadku zaznaczenia **TAK** należy ten fakt uzasadnić (brak merytorycznego uzasadnienia spowoduje wezwanie wnioskodawcy na posiedzenie składu orzekającego):

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

.....
*pieczętka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie*

** niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z § 6 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 2027) powyższe zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od daty wystawienia. Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.