

.....
(stempel zakładu opieki
zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

Miejscowość

Data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla
potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ¹**
niniejsze zaświadczenie jest ważne przez miesiąc od daty wystawienia przez lekarza.

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dokumentu stwierdzającego tożsamość PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego; stadium zaawansowania choroby
3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące
4. Zastosowanie leczenia i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyt w szpitalu, sanatorium
5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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 *

Ww. Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak /Nie *

Ww. Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Tak / Nie *

U ww. Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia **

Tak / Nie *

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

.....
* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacje zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

¹ Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty powoduje nieważność zaświadczenia