

Uwaga : zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia.  
wszyskie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej ..... Miejscowość: ..... dnia .....  
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL: ...../...../...../...../...../.....

Adres zamieszkania .....

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 (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 pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok) .....

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

W/w Pani wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. ....

Tak / Nie\*

W/w Pani do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania  
o niepełnosprawności jest \* : .....

a) zdolny/a

b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej

c) brwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu

*\*niepotrzebne skreślić*

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie