

# WZÓR

KATOWICE 01.09.2018

miejsowość i data

Uwaga! Zaświadczenie należy złożyć w ciągu 30 dni od daty wystawienia

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

Imię i nazwisko ANNA KOWALSKA  
Data urodzenia 01.01.2001  
Adres zamieszkania 40-068 KATOWICE UL. JAGLANA 111  
Numer PESEL 01210112301

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej  
cukrzyca typu 1 (insulinozależna) E 10.9 od MAY 2018  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

typowy; zgodny z chorobą podstawową

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące  
zgodnie z chorobą podstawową

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

choroba przewlekła, **postępująca, nie rokująca** na wyzdrowienie

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

glukometr, wstrzykiwacz, osobista pompa insulinowa, ciągły monitoring glikemii

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (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? (data) .....

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\*

**Bezwzględna konieczność całodobowej opieki nad dzieckiem; podejmowanie decyzji terapeutycznych związanych z życiem dziecka**

W/w Pan/i jest \*:

- a) zdolny/a
- b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej
- c) ~~trwale niezdolny/a~~

do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić