

.....
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
Data urodzenia
Adres zamieszkania
Numer PESEL

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

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