

.....  
miejsowość i data

Uwaga! Zaświadczenie należy łożyć 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 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 do 12r.ż .**

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