

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(ZAŚWIADCZENIE W CAŁOŚCI WYPEŁNIA LEKARZ)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Numer i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego;
stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania;
pobyty 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, 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? (rok)

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

Ww. Pan/i nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

TAK / NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

U w a g a :

Zgodnie z § 6 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie Orzekania o niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 2027) powyższe zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.

Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie, podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.