



Miejscowość....., dnia

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA /ważne 30 dni/
wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łomży**

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzenia

PESEL.....Numer i seria dowodu osobistego.....

Adres zamieszkania.....

1. Opis stanu zdrowia:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji), stadium zaawansowania choroby, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego):

.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....
.....

6. Wykaz aktualnych badań diagnostycznych, potwierdzających rozpoznanie (załączonych do zaświadczenia):

.....
.....

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).....

Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji? **TAK*** / **NIE***

9. Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności ? **TAK*** / **NIE***

Jeżeli tak, należy określić powód:.....
.....
.....

* właściwe podkreślić

.....
(pieczęćka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

Dodatkowe uwagi lub konsultacje:

.....
.....
.....
.....
.....