............................................................... Miejscowość .....................................................

 (stempel zakładu opieki

 zdrowotnej lub praktyki lekarskiej) Data ..................................................................

# Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla

**potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ¹** niniejsze zaświadczenie jest ważne przez 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza.

Imię i nazwisko .......................... ..............................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ...........................................................................................................................

Adres zamieszkania ...................................................................................................................................

Nr i seria dokumentu stwierdzającego tożsamość .......................................... PESEL ………...…….......

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .......................................................................................................... .................................................................................................................................................................. ................................................................................................................................................................

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

…………………………………………………………….………………………………..…………... ………………………………………………………………..………………………….……………..

1. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego; stadium zaawansowania choroby

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

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

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

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

1. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

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

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

………………………………………………………………………………………………………….

1. Zastosowanie leczenia i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyt w szpitalu, sanatorium

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

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

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

1. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

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

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

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

.................................................................................................................................................................... Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data) ...................................................................

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie \*

Ww. Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak /Nie \*

Ww. Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw

orzekania o niepełnosprawności.

Tak / Nie \*

U ww. Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia \*\*

Tak / Nie

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

 pieczątka i podpis lekarza

 wystawiającego zaświadczenie

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

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacje zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

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

 pieczątka zakładu pracy chronionej pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

¹ Brak pieczątek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty powoduje nieważność zaświadczenia.