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

 (stempel zakładu opieki

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

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**

 **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 dziecka ................ ..............................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

1. Przebieg schorzenia podstawowego ……………………………………………………………….

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

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

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

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

1. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby Współistniejące ……………………...………

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

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

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

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

1. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja ………………………………...

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

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

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

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

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie …………………………………………………………………..……….

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

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

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

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

1. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu) …………………………………..…..

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

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

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

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

…..………………………………….

 pieczątka i podpis lekarza

 wystawiającego zaświadczenie

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