

.....
(stempel zakładu opieki
zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

Miejscowość
Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ¹
niniejsze zaświadczenie jest ważne przez miesiąc od daty wystawienia przez lekarza.

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby Współistniejące

.....

.....

.....

.....

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

pieczęćka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

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