

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
Data i miejsce

Na podstawie art. 3, 4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 1997 roku nr. 123, poz. 776), Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w Pruszczu Gdańskim prosi o wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia w sprawie wydania orzeczenia o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

Wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

*(Zaświadczenie lekarskie wypełnić w języku polskim, złożyć wraz z wnioskiem nie później niż 30 dni
od daty wystawienia zaświadczenia o stanie zdrowia)*

Imię i Nazwisko.....
Data i miejsce urodzenia
Numer i seria dokumentu stwierdzającego tożsamość
Numer PESEL
Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie dokumentacji), stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, studium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Zastosowanie, leczenie i rehabilitacja:

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

*niepotrzebne skreślić

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny (ewentualne potrzeby w tym zakresie):

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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*

Wyżej wymieniony/a Pan/i WYMAGA / NIE WYMAGA* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Wyżej wymieniony/a Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności:
 TAK / NIE*

.....
 Stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić