

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

.....
Data i miejsce

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka

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 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:

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

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

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

*niepotrzebne skreślić

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 dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

Data

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

TAK / NIE*

Dziecko WYMAGA / NIE WYMAGA* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Dziecko 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