

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WAŻNE JEST 30 DNI OD DATY WYPISANIA PRZEZ
LEKARZA DO DNIA ZŁOŻENIA W ZESPOLE**

Gdynia, dnia

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Na podstawie art. 4 a, 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Gdyni prosi o wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia w sprawie wydania orzeczenia o ustalenie niepełnosprawności.

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia DZIECKA
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka
Data i miejsce urodzenia
PESEL
Adres zamieszkania

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego (datuje się od dnia) powoduje konieczność sprawowania zwiększonej stałej opieki pielęgnacyjnej TAK / NIE

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja w kontekście naruszenia sprawności fizycznej lub psychicznej o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy

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

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

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

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

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

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***

W/w dziecko **wymaga/nie wymaga*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. **Tak / Nie ***

U w/w dziecka nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia** **Tak / Nie***

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenia