

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WAŻNE JEST 3 MIESIĄCE OD DATY WYPISANIA PRZEZ
LEKARZA DO DNIA ZŁOŻENIA W ZESPOLE**

.....
Miejscowość i data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Na podstawie art. 3, 4 i 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 ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Adres zamieszkania.....
Nr PESEL
Nr i seria dowodu osobistego.....

Wzrost **Waga**

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji);
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby**

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

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

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

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

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

niezbędne ☐

wskazane ☐

zbędne ☐

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

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

7. 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 *

W/w Pan/i: ☐wymaga ☐nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest: ☐zdolny samodzielnie ☐zdolny z pomocą ☐niezdolny* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia** ☐Tak ☐Nie *

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenia