

UWAGA!!! ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DNIA JEGO WYSTAWIENIA

Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie (np. brak daty wystawienia, brak pieczętki zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej, nieczytelne zapisy lekarskie, brak podpisu lekarza, jego pieczęci, nieautoryzowane poprawki na zaświadczeniu, pozostawienie danych bez wypełnienia) jest obarczone brakiem formalnym. Zaświadczenie nieaktualne lub z ww. brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.

Data.....

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

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

.....
.....

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

.....

6. Wyniki aktualnych badań diagnostycznych

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

.....
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

9. Oświadczam, że:

Mam pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? - TAK NIE

Pacjent posiada dokumentację medyczną od roku.....

Pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie od roku.....

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej

egzystencji ? - TAK NIE

W/w Pan/i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego jest*:

- zdolna/y

- zdolna/y w towarzystwie osoby drugiej

- trwale niezdolny/a do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - *należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan*.....
.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

* właściwe zaznaczyć X