pieczątka zakładu opieki zdrowotnej …………………………………………..

lub praktyki lekarskiej miejscowość i data

# Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

**wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Adres zamieszkania 4. PESEL 1

5. Seria i nr dokumentu tożsamości

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej:**
2. **Rozpoznanie chorób współistniejących, uszkodzeń innych narządów i układów:**
3. **Przebieg schorzenia podstawowego i chorób współistniejących: początek (ustalony na podstawie jakiej**

dokumentacji) - stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

1. **Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:**
2. **Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:**

1 Nie dotyczy cudzoziemców, którym numeru PESEL nie nadano.

1. **Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie:**
2. **Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:**
3. **Zakres i rodzaj ograniczeń spowodowany naruszoną sprawnością organizmu:**
4. **Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:**
5. **Czy pacjent adekwatnie do wieku wymaga pomocy w zakresie samoobsługi, poruszaniu się i komunikowaniu**

się (jeżeli tak wskazać rodzaj i zakres):

1. **Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie**
2. **Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną**
3. **Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta:** TAK/NIE\*
4. **Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji:** TAK/NIE\*
5. **Czy u pacjenta nastąpiło/nie nastąpiło\* pogorszenie/polepszenie\* stanu zdrowia w okresie od wydania poprzedniego zaświadczenia lekarskiego:** TAK/NIE/NIE DOTYCZY\*
6. **Pacjent jest niezdolny do osobistego stawiennictwa na badanie lekarskie i posiedzenie składu orzekającego**

TAK/NIE

z powodu .....................................................................................................................................................................

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

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

**(jeśli TAK to wpisać uzasadnienie niemożności osobistego stawiennictwa na posiedzeniu składu orzekającego)**

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

Pieczątka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\* zakreślić właściwe

Uwaga:

1. Zaświadczenie jest ważne przez 30 dni od dnia jego wystawienia przez lekarza – podstawa prawna: § 6 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. – Dz. U. z 2021 r., poz. 857 ze zm.
2. Zaświadczenie, wraz z danymi osobowymi winno być wypełnione w całości i czytelnie przez lekarza.
3. Brak pieczątek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.