………………………………………….

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej Miejscowość ..................................

lub praktyki lekarskiej Data ................................................  
 **Zaświadczenie lekarskie o niemożliwości przybycia  
 osoby zainteresowanej na posiedzenie Składu Orzekającego**

**w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Imię i nazwisko .................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ...................................................................................................................

Adres zamieszkania ...........................................................................................................................

Numer i seria dowodu osobistego .....................................................................................................

PESEL ...............................................................................................................................................

**Osoba jest niezdolne przybyć na posiedzenie Składu Orzekającego z powodu długotrwałej  
i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej stawiennictwo**

Opis badania fizykalnego:

RR.........................................................................../..........................., tętno………………........................../

Postawa...............................................................................................................................................Skóra i tkanka podskórna.…………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………  
Klatka piersiowa (układ oddechowy i krążenia)……………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………  
Brzuch (układ pokarmowy, moczowo-płciowy)……………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………  
Badanie mięśni, zakresu ruchów kręgosłupa i stawów……………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………  
Wnioski:  
………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania   
o Niepełnosprawności w Nowym Sączu, w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w trybie zaocznym.

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

pieczątka i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie

**Uwaga:**

1. Zaświadczenie, wraz z danymi osobowymi winno być wypełnione w całości i czytelnie przez lekarza.
2. Brak pieczątek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.