

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
( ważne 30 dni od daty wystawienia)

**Uwaga: zaświadczenie w całości wypełnia lekarz ; w każdym przypadku, kiedy dane osobowe pacjenta wypełniane są przez inne osoby, muszą one być potwierdzone przez lekarza ( pieczętka i podpis bezpośrednio pod danymi osobowymi). Zaświadczenia nie spełniające w/w warunków nie będą przyjmowane.**

Imię i nazwisko.....  
Data i miejsce urodzenia .....  
Adres zamieszkania .....  
PESEL .....

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. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak / Nie\*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?(rok) .....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)  
.....

Pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak / Nie\*

Pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. Tak / Nie\*

.....  
pieczętka i podpis lekarza wydającego zaświadczenie

---

\* niepotrzebne skreślić