

WAŻNE 30 DNI OD DNIA WYPEŁNIENIA PRZEZ LEKARZA

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu ds. Orzekania o
Niepełnosprawności w Sandomierzu**

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Dokument stwierdzający tożsamość – nazwa.....

seria.....numer.....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. Uszkodzenie 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)

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

TAK NIE

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności .

TAK NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

-
- niepotrzebne skreślić
 - * zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia

