

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb
Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Oleśnicy
(ważne przez 30 dni od daty wystawienia)

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:

ADRES ZAMIESZKANIA:

NR I SERIA DOWODU OSOBISTEGO: **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:

Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, (w załączeniu):

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

6. 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 *

Pacjent/(ka) jest:*

- a) zdolny/a do udziału w posiedzeniu składu orzekającego,
- b) zdolny/a do przybycia wyłącznie w towarzystwie osoby drugiej,
- c) trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* **niepotrzebne skreślić**