pieczątka zakładu leczącego

Jarocin, dnia.....

Zaświadczanie ważne jest 30 dni od daty jego wystawienia!

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

1.Rozpoznanie choroby zasadniczej *(uwzględnić stopień wydolności)*:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego- początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji): stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące *(uwzględnić stopień wydolności)*:

.....

.....

.....

.....

4. Zastosowanie, leczenie i rehabilitacja- rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium:

.....

.....

.....

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....

.....

.....

.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie:

.....

.....

.....

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie, załączanych do zaświadczenia:

.....

.....

.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych załączonych do zaświadczenia:

.....

.....

.....

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

.....

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

.....

11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji med. pacjenta?
***TAK/NIE**

12. W/w Pan/i **wymaga/ nie wymaga** pomocy i opieki drugiej osoby ze względu na niemożliwość samodzielnej egzystencji.

13. W/w Pan/i jest **zdolny/ niezdolny** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.

14.** U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w ostatnim okresie?
***TAK/NIE**

właściwe podkreślić
****dotyczy osób posiadających aktualne orzeczenie***

pieczątka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej oceny stanu zdrowia dokumentacji medycznej orzekanego.

.....

.....

(pieczątka zakładu pracy chronionej)

(pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)