

Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące :

.....

.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

**6. Używany sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby
w tym zakresie**

.....

.....

**7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji
medycznej potwierdzającej rozpoznanie (w załączeniu)**

.....

.....

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

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

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

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