

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data urodzenia __ - __ - ____ r., miejsce urodzenia

PESEL

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Seria i Nr dowodu osobistego lub (paszportu)

Adres zamieszkania

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy

(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego (początek-ustalony na podst. jakiej dokumentacji); 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 oraz 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 (w załączeniu):

.....

*

- Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie

- Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (**rok**) ____ r.
- Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (**rok**) ____ r.
- W/w Pan/i wymaga pomocy i opieki drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

Tak / Nie

WAŻNE: (pkt 3)

- W/w Pan/i jest **trwale niezdolny/na** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności?

Tak / Nie

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

* **właściwe podkreślić i uzupełnić**

UWAGA:

1. Zaświadczenie lekarskie **jest ważne przez 30 dni** od daty wystawienia przez lekarza na podstawie § 6 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 2027).
2. Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie, podpisu lekarza, daty bądź danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.
3. W przypadku stwierdzenia przez lekarza, iż osoba jest trwale niezdolna do odbycia podróży należy dołączyć odrębne zaświadczenie lekarskie wraz z uzasadnieniem długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo (np. osoba leżąca) - Druk zaświadczenia osoba zainteresowana otrzymuje w siedzibie Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Opatowie bądź jest dostępny na stronie BIP: <http://www.opatow.eobip.pl> → Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności.