

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

Wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności  
*Powinno być wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku i zawierać rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, a także wyniki badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych potwierdzających rozpoznanie*

**(ZAŚWIADCZENIE W CAŁOŚCI WYPEŁNIA LEKARZ)**

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Nr i seria dokumentu stwierdzającego tożsamość.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej - w języku polskim

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

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

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

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych ( w załączeniu )

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

.....  
.  
.....  
.  
Czy lekarz wystawiając zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta  
TAK/NIE\*

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\*

Czy nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia  
TAK/NIE\*

\* niepotrzebne skreślić

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie