

Zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....
Data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Powiatowego
Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Nowym Mieście Lubawskim**

(proszę dokładnie wypełnić wszystkie pozycje)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dowodu osobistego (paszportu)

PESEL

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 (w języku polskim):

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, załączonych do zaświadczenia

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

TAK

NIE

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ?

(data)

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ?

(rok)

11. W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji

TAK

NIE

12. W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności

TAK

NIE

13. U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia?

TAK

NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie