

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 dziecka wydane dla potrzeb Powiatowego
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Nowym Mieście Lubawskim**

(proszę dokładnie wypełnić wszystkie pozycje)

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim):

2. Przebieg schorzenia podstawowego:

3. Choroby współistniejące, uszkodzenia innych narządów i układów (w jęz. polskim):

4. Dokładna data powstania niepełnosprawności:

5. Proszę dokładnie określić przyczynę niepełnosprawności (wg rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. Dz. U. Nr 17, poz. 162, § 2 pkt 1-9 , § 1 pkt 1-3):

6. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

7. Czy konieczne jest zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie

TAK

NIE

Jeżeli TAK to proszę dokładnie wyszczególnić – jakie:

8. Czy zachodzi konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji

TAK

NIE

9. Czy zachodzi potrzeba korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji dziecka:

TAK

NIE

10. Czy zachodzi konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji dziecka:

TAK

NIE

11. Czy niepełnosprawność dziecka spełnia przesłanki określone w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym:

TAK

NIE

12. Czy niepełnosprawność dziecka kwalifikuje do innych wskazań (np. ulgi telekomunikacyjne itp.)
Proszę wyszczególnić jakich:

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie