

miejsowość .....

data .....

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
w Iławie

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer i seria dowodu osobistego /paszportu/ .....

PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (wypełnić w języku polskim)

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data) .....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie na pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie\*

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

Tak / Nie\*

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

Tak / Nie\*

.....  
U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia\*\*

Tak/Nie\*

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie