

miejsowość

data

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

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

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (wypełnić 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 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:

TAK NIE

13. Czy dziecko jest zdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

TAK NIE

14. Do niniejszego wniosku proszę dołączyć odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzających rozpoznanie choroby, takich jak: dokumentacja medyczna z miejsca leczenia, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, wyniki badań dodatkowych oraz inną dokumentację medyczną istotną dla oceny stanu zdrowia dziecka.

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie