



Starostwo Powiatowe w Myślenicach

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności

32-400 Myślenice, ul. Kazimierza Wielkiego 5, tel. 12 372 76 68

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

UWAGA

ZAŚWIADCZENIE JEST WAŻNE 30 DNI OD DNIA WYSTAWIENIA

ZAŚWIADCZENIE lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności

(miejscowość i data)

Dane Osobowe

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowanej choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

3. Uszkodzenie 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 wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

☐ Tak ☐ Nie

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

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

W/w Pan/i wymaga opieki drugiej osoby 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

podpis i pieczęć lekarza