

.....  
miejscowość i data

**Uwaga! Zaświadczenie należy złożyć w ciągu 30 dni od daty wystawienia**

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane dla potrzeb  
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

Numer i seria dowodu osobistego .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyt 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 wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączniu)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenie

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak\* / Nie\*

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

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

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak\* / Nie \*

W/w Pan/i jest zdolny\* (nie jest zdolny)\* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności

.....  
.....  
pieczątka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić