

**Zaświadczenie lekarskie ważne 30 dni od daty wystawienia**

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość i data

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

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr i seria dowodu osobistego / paszportu ..... PESEL .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**

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

**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, pobyt 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 dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączniu)

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenie

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

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

.....

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta  
TAK / NIE\*

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

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności TAK / NIE\*

**Jeśli jest niezdolny(a) do odbycia podróży należy to potwierdzić osobnym zaświadczeniem lekarskim**

U w/w Pana(i) nastąpiło / nie nastąpiło\* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić