

miejsowość

data.....

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb
Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Białymstoku

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)

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 oraz 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:

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

9. Aktualny stan zdrowia-wydolność układu/narządu:

.....
.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?

.....
.....

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

Przewidywany okres trwania naruszenia sprawności organizmu dziecka wynosi ponad 12 miesięcy: **Tak / Nie***

W/w Pan(i) **wymaga / nie wymaga*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji (dot. osób po 16 r.ż.)

Pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. **Tak / Nie***

z powodu (w przypadku zaznaczenie braku możliwości osobistego stawiennictwa, należy ten fakt uzasadnić, w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego)

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

U pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia ** **Tak / Nie***

.....
*stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie*

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
*pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie*

UWAGA: Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia