*ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE PRZEZ **3 MIESIĄCE** OD DATY WYSTAWIENIA PRZEZ LEKARZA*
*NALEŻY WYPEŁNIĆ **NIEBIESKIM** DŁUGOPISEM*

miejscowość .....

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.

……. ……
pieczątka zakładu pracy chronionej *pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie*

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