Miejscowość.........................................

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej Data.......................................................

Uwaga! Zaświadczenie jest ważne przez okres 30 dni od daty wystawienia do daty złożenia.

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka.........................................................................................................

Data i miejsce urodzenia .......................................................................................................

Adres zamieszkania...............................................................................................................

Numer PESEL.......................................................................................................................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

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

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

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

1. Przebieg schorzenia podstawowego:

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

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

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

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

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

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

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

1. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

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

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

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

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

1. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

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

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

1. Używane zapatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

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

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

1. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka **ZAŁĄCZONYCH** do zaświadczenia (prosimy wskazać konkretne dokumenty medyczne stanowiące dowody w sprawie – zapis ogólny pt. historia choroby jest nieprawidłowy)

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

Dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

NIE\*

TAK z uwagi na (uzasadnienie):

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

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

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

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić