Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej Miejscowość............................................. lub praktyki lekarskiej Data .........................................................

 Uwaga! Zaświadczenie jest ważne przez okres 30 dni od daty wystawienia do daty złożenia. Wolne od opłat w publicznej służbie zdrowia (art.16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej fin. ze środków publicznych – Dz. U. Nr 210 poz.2135) **ZAŚWIADCZENIE WYPEŁNIA TYLKO JEDEN LEKARZ**

# Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności(dotyczy osób powyżej 16-go roku życia)

Imię i nazwisko .....................................................................PESEL...........................................

Adres zamieszkania lub pobytu.....................................................................................................

Nr i seria dowodu osobistego (paszportu) ...................................................................................

1. *Rozpoznanie choroby zasadniczej:*
2. *Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:*
3. *Uszkodzenia 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*:

1. *Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie i* ***ZAŁĄCZONYCH*** *do zaświadczenia (prosimy wskazać konkretne dokumenty medyczne stanowiące dowody w sprawie – zapis ogólny np. historia choroby jest nieprawidłowy)*

1. *Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych,* ***ZAŁĄCZONYCH*** *do zaświadczenia*

 *(prosimy wskazać konkretne dokumenty medyczne stanowiące dowody w sprawie – zapis ogólny np. historia choroby jest nieprawidłowy)*

 Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? T N\*

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

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

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

Czy pacjent z powodu stanu zdrowia jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego rozpatrującego wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności?

NIE\*

TAK z uwagi na (uzasadnienie):

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia\*\* TAK / NIE\*

 ……………………………………..

(podpis i pieczątka imienna lekarza

sporządzającego zaświadczenie)

 \* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Podstawa prawna: § 3 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2015 r. Nr 1110 ze zm.)

***Kserokopie dokumentów medycznych – wyników badań, konsultacji pozostających w oryginałach w dokumentacji medycznej pacjenta u lekarza – prosimy potwierdzić za zgodność z oryginałem!***