pieczątka zakładu opieki zdrowotnej ……………………………..,data..........................

# **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

wydane dla potrzeb Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Koninie (ważne 30 dni od daty wydania)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Seria i numer dowodu osobistego (paszportu)

PESEL

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

1. **Przebieg schorzenia podstawowego- początek (ustalony na postawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:**

1. **Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:**

1. **Zastosowane leczenie i rehabilitacja- rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium:**

1. **Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwości poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:**

1. **Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie**

1. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)
2. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia. 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 jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności? **TAK/NIE\***

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

pieczątka i podpis lekarza wydającego zaświadczenie

\*niepotrzebne skreślić

\*\*dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie