

Miejscowość.....

Data.....

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności  
(ważne 1 miesiąc od daty wydania)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Seria i numer dowodu osobistego ( paszportu).....

PESEL.....

### **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 (możliwości poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:**

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

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

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

**7. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)**

**8. 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\***

.....  
**pieczętka i podpis lekarza  
wydającego zaświadczenie**

.....  
\*niepotrzebne skreślić

\*\*dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie