

pieczęć 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:**

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

### **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 wykonanych 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