

## 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