

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
WYDANE DLA POTRZEB ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(zaświadczenie ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza)

orzeczenie pierwszorazowe

orzeczenie powtórne*

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka

Adres zamieszkania dziecka

Nr i seria dokumentu tożsamości dziecka 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, choroby współistniejące

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

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

.....

.....

.....

7. Wykaz dokonanych 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 dziecko wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego w siedzibie zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności **TAK / NIE***

U w/w dziecka nastąpiło/nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.

*** właściwe zaznaczyć**

.....

stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie