

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza jest ważne 30 dni od daty wypełnienia.

.....,data.....

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

WYDANE DLA POTRZEB

POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

W HAJNÓWCE

Imię i nazwisko :.....

Data urodzenia :.....

Seria i numer dowodu osobistego:.....

Adres zamieszkania:.....

.....

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 (możliwość poprawy),dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

.....

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

.....

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie choroby

.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?

.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? TAK/NIE *

W/w Pan(i) wymaga (nie wymaga) * opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan(i) jest zdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. - TAK []

NIE [] - uzasadnić

.....
U w/w Pana(i) nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia **

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

ADNOTACJA ZAKŁADU PRACY CHRONIONEJ

Zakład pracy chronionej przyjmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
wystawiającego zaświadczenie
pieczętka zakładu pracy chronionej