

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....  
Data .....

**Zaświadczenie**  
**lekarskie o stanie zdrowia**  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw  
**Orzekania o Niepełnosprawności**  
(należy złożyć do Zespołu w ciągu 30 dni od daty wydania)

Imię i nazwisko .....  
Data i miejsce urodzenia .....  
PESEL .....  
Numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.....  
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, 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 /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 osoba nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.  
Tak / Nie\*

**Do niniejszego zaświadczenia należy dołączyć aktualne wyniki badań diagnostycznych potwierdzające rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących oraz inne posiadane dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności ( § 3 ust. 2 pkt.1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. ).**

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić