

UWAGA!

Należy wypełnić **czytelnie wszystkie** pola druku pod rygorem nie rozpatrzenia wniosku

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość i data)

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
(wypełnia tylko jeden lekarz)
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nisku

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr i seria dowodu osobistego:

PESEL :

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja-rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium :

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące :

.....
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy, dalsze leczenie i rehabilitacja :

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

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

.....
.....

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu) :

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia :

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

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok).....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ?(rok)

.....

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. TAK / NIE *

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności . TAK / NIE *

.....
(stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

* niepotrzebne skreślić

Zaświadczenie ważne jest jeden miesiąc od dnia jego wystawienia.