

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejscowość i data

lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka

wydane w ciągu 30 dni poprzedzających złożenie wniosku dla
potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **W CAŁOŚCI WYPEŁNIA LEKARZ**-WŁĄCZNIE Z DANYMI OSOBOWYMI PACJENTA)

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 niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu 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 orzecznich.

Informacje dla lekarza wypełniającego zaświadczenie-w przypadku zaznaczenia braku możliwości osobistego stawiennictwa, należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego):

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

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

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

.....
pieczęć zakładu pracy chronionej
wystawiającego zaświadczenie

.....
stempel i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

UWAGA: Brak pieczęćki podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.