

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data
(dzień – miesiąc – rok)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, 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 wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie zasadnicze (w załączeniu)

--

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

--

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta:

(właściwe zaznaczyć) TAK NIE

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (data)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (data)

Czy pacjent (właściwe zaznaczyć): wymaga nie wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Pacjent (właściwe zaznaczyć): może przybyć samodzielnie na posiedzenie składu orzekającego

może przybyć z opiekunem, nie może przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeżeli nie może przybyć to należy wypełnić poniższe zaświadczenie).

.....
pieczętka i podpis lekarza

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczam, że Pan/Pani nie może osobiście stawić się na posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - zgodnie z § 8 ust. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328, ze zm.). Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy.

.....
pieczętka i podpis lekarza

Uwaga !

Zaświadczenie niniejsze jest ważne 30 dni od daty wystawienia.