

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

.....  
miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**WYDANE DLA POTRZEB ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  
**(zaświadczenie ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza)**

orzeczenie pierwszorazowe

orzeczenie powtórne\*

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr i seria dowodu osobistego / paszportu ..... 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 Pan(i) wymaga/nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego w siedzibie zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności **TAK / NIE\***

U w/w Pana(i) nastąpiło/nie nastąpiło\* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.

**\* właściwe zaznaczyć**

.....  
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.

.....  
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie