

.....
*pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej*

.....
*miejsowość i data
/zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia/*

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Malborku**

Imię i nazwisko
Data urodzenia
Adres zamieszkania
Nr i seria dowodu osobistego/paszportu/prawa jazdy
Nr PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (wpisać w j. polskim):

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),
stopień uszkodzenia strukturalnego, 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:

.....
.....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (podać datę):

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (podać datę):

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji 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 zespołu ds. 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 orzecznich.

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie