



Starostwo Powiatowe w Myślenicach

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności
32-400 Myślenice, ul. Kazimierza Wielkiego 5, tel. 12 372 76 68

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

UWAGA

ZAŚWIADCZENIE JEST WAŻNE 30 DNI OD DNIA WYSTAWIENIA

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA WYDANE DLA POTRZEB ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(miejsowość i data)

Dane Osobowe

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

3. Uszkodzenie 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 (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 drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak Nie

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

Tak Nie

podpis i pieczęć lekarza