

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

Miejscowość:

Data:

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby zainteresowanej / dziecka*

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie

(wypełnia w całości [wyłącznie jeden] lekarz, łącznie z danymi osobowymi pacjenta)

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia: Numer PESEL:

Adres zamieszkania:

Nazwa, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość:.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

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:

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

* Niepotrzebne skreślić; przy czym przez pojęcie „dziecko” należy rozumieć osobę do 16 roku życia.

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 (dołączonych do zaświadczenia):

.....

.....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych (dołączonych do zaświadczenia):

.....

.....

.....

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta **?:

☐ TAK ☐ NIE

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? Podać rok:

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? Podać rok.....

11. Ww. dziecko wymaga w codziennym funkcjonowaniu większego wsparcia niż zdrowie dziecko w tym samym wieku (DOT. OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA)**?:

☐ TAK ☐ NIE

12. Ww. Pan/i (dziecko*) wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji**?:

☐ TAK ☐ NIE

13. Ww. Pan/i (dziecko*) do odbycia podróży celem uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego jest**:

☐ zdolny/a samodzielnie lub zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej;

☐ TRWALE niezdolny/a z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

**Właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu znak: 