

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

Miejscowość:

Data:

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby zainteresowanej / dziecka*
wydane dla potrzeb Powiatowego 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 ewidencyjny 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 wydający 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
wydającego zaświadczenie

** Właściwą rubrykę: ☐ zaznaczyć stawiając w polu znak: ☒