Na podstawie § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2027 z późn. zm.) do wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności dołącza się zaświadczenie lekarskie:
WYDANE NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU.

.....
Pieczątka 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)

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 ukończenia 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 (<u>dołączonych do zaświadczenia</u>):

.....

.....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych (<u>dołączonych do zaświadczenia</u>):

.....

.....

.....

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 (<u>DOT. OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA</u>):**

☐ 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;

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

.....

pieczątka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

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