

.....  
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)

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: ☒