

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....

Data .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia  
wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania  
o niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania .....

Numer i seria dok. tożs. ....PESEL .....

---

**waga** ..... **wzrost** .....

**ciśnienie** ..... **tętno** .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),  
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania pobytu w szpitalu, sanatorium

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwości poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja
  
6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie
  
7. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)
  
8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?  
(data) .....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?  
(data) .....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenia ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?  
Tak / Nie \*

W/w Pan/i wymaga/nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolna do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności  
Tak / Nie \*

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia \*\*  
Tak / Nie \*

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

---

\* niepotrzebne skreślić  
\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie