

Miejscowość

Data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(ważne 30 dni od daty wystawienia)

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

Wzrost, ciężar ciała ciśnienie.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (**w języku polskim**)

2. Przebieg schorzenia podstawowego:

3. Choroby współistniejące, uszkodzenia innych narządów i układów (w języku polskim)

4. Dokładna data powstania niepełnosprawności

5. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

6. Czy konieczne jest zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie: TAK/NIE *

7. Jeśli tak, to jakie

8. Czy zachodzi konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji ?
TAK/NIE*

9. Czy zachodzi potrzeba korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji dziecka?
TAK/NIE *

10. Czy zachodzi konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie obniżoną możliwością samodzielnej egzystencji dziecka?
TAK/NIE*

11. Czy niepełnosprawność dziecka spełnia przesłanki określone w art. 8 ust.1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym?
TAK/NIE*

12. Czy niepełnosprawność dziecka kwalifikuje do innych wskazań (np. ulgi telekomunikacyjne, zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju)? TAK/NIE*

13. Czy nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia dziecka? TAK/NIE*

14. Czy dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu Ds. Orzekania o Niepełnosprawności ?
TAK/NIE*

15. Do niniejszego wniosku należy dołączyć odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzających rozpoznanie choroby, takich jak: dokumentacja medyczna z miejsca leczenia, karty informacyjne leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, wyniki wykonanych badań dodatkowych oraz inną dokumentację istotną dla oceny stanu zdrowia dziecka.

* niepotrzebne skreślić

.....
Pieczątko i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie