

Miejscowość .....

Data .....

Stempel zakładu opieki społecznej  
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

(ważne 30 dni od daty wystawienia)

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL.....

Adres zamieszkania .....

Numer i seria dowodu tożsamości .....

Wzrost ....., ciężar ciała ..... ciśnienie.....

1. Rozpoznanie choroby (**należy wpisać w języku polskim**) .....

.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące .....

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....

5. Ocena wyników leczenia – rokowania (możliwości poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja .....

.....  
.....  
.....  
.....

6. Używane zaoparzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie .....

.....  
.....  
.....  
.....

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie (w załączniku) .....

.....  
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia .....

.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? .....

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? .....

11. Lekarz wydający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?  
TAK/NIE\*

12. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożliwość samodzielnej egzystencji?  
TAK/NIE\*

13. Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem wzięcia udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności?  
TAK/NIE\*

14. Czy nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia?  
TAK/NIE\*

15. Warunki utrudniające samodzielne funkcjonowanie.....

16. Zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym poprzez pełnienie ról społecznych (z uwzględnieniem umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktów inetrpersonalnych, rozwiązywania codziennych problemów, zdolności do samodzielnej egzystencji):

- a) samodzielnie                      b) pomoc                      c) opieka

\* niepotrzebne skreślić

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego  
zaświadczenie

---

### Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej

.....  
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....  
Podpis i pieczętka lekarza wystawiającego  
zaświadczenie