

(miejscowość i data)

Wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
(proszę wypełnić zaświadczenie czytelnie)

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 wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu)
.....
.....

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

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

☐ TAK ☐ NIE *)

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (rok)?

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

11. Czy pacjent z uwagi na stan zdrowia wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

☐ TAK ☐ NIE *)

12. Pacjent jest trwale niezdolny do osobistego stawiennictwa celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności

☐ TAK ☐ NIE *)

UWAGA! Informacja dla lekarza wypełniającego zaświadczenie – w przypadku zaznaczenia niezdolności do osobistego stawiennictwa, **należy ten fakt merytorycznie uzasadnić** (w przypadku braku uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego)

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

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

UWAGA! Zaświadczenie lekarskie **jest ważne 30 dni** od daty wystawienia do dnia złożenia w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.