

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

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_
2. Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_
3. Adres zamieszkania \_\_\_\_\_
4. PESEL <sup>1</sup>
5. Seria i nr dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

**I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II. Rozpoznanie chorób współistniejących, uszkodzeń innych narządów i układów:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. Przebieg schorzenia podstawowego i chorób współistniejących: początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) - stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IV. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Nie dotyczy cudzoziemców, którym numeru PESEL nie nadano.

**VI. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie:**

---

---

---

---

**VII. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:**

---

---

---

---

---

**VIII. Zakres i rodzaj ograniczeń spowodowany naruszoną sprawnością organizmu:**

---

---

---

---

---

**IX. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:**

---

---

---

---

**X. Czy pacjent adekwatnie do wieku wymaga pomocy w zakresie samoobsługi, poruszaniu się i komunikowaniu się (jeżeli tak wskazać rodzaj i zakres):**

---

---

---

---

---

**XI. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie**

**XII. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną**

**XIII. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta: TAK/NIE\***

**XIV. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: TAK/NIE\***

**XV. Czy u pacjenta nastąpiło/nie nastąpiło\* pogorszenie/polepszenie\* stanu zdrowia w okresie od wydania poprzedniego zaświadczenia lekarskiego: TAK/NIE/NIE DOTYCZY\***

**XVI. Pacjent jest niezdolny do osobistego stawiennictwa na badanie lekarskie i posiedzenie składu orzekającego  
TAK/NIE**

**z powodu** .....

.....

.....

(jeśli TAK to wpisać uzasadnienie niemożności osobistego stawiennictwa na posiedzeniu składu orzekającego)

.....  
Pieczętka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\* zakreślić właściwe

**Uwaga:**

1. Zaświadczenie jest ważne przez 30 dni od dnia jego wystawienia przez lekarza.
2. Zaświadczenie, wraz z danymi osobowymi winno być wypełnione w całości i czytelnie przez lekarza.

