

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**  
wydane dla potrzeb  
**Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**  
/wypełnia TYLKO jeden lekarz/  
*(zaświadczenie należy wypisać **NIEBIESKIM** długopisem)*

**Imię i nazwisko** .....

**Data urodzenia** .....

**Adres zamieszkania** .....

**Nr i seria dowodu osobistego / paszportu** ..... **PESEL** .....

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, pobyty w szpitalu, sanatorium

.....  
.....

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

.....  
.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....  
.....

7. Wykaz dokonanych 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 zaświadczenie 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 niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności : **TAK / NIE\***

U w/w Pana(i) **nastąpiło / nie nastąpiło\*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich.

.....  
stempel 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

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

---

***Uwaga:** wypełnia lekarz w przypadku niezdolności osoby do stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.*

### Z A Ś W I A D C Z E N I E   L E K A R S K I E

Pan/(i).....

ur..... PESEL.....

zamieszkały(a).....

jest niezdolny(a) do stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego z powodu.....

Rozpoznanie:.....

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
Podpis lekarza (stempel)

\* *niepotrzebne skreślić*

#### **UWAGA:**

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane na potrzeby Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności **jest ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza.**
2. **Brak** pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie *lub/i* podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta **powoduje nieważność zaświadczenia.**