

Miejscowość

Data

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
wydane dla potrzeb Zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu):

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

Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (data)?

.....

Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną (data)?

.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka?
TAK/NIE*

U ww. nastąpiło / nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Ww. wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Ww. jest trwale niezdolna(y) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. TAK / NIE*

.....
Stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* właściwe zaznaczyć