

UWAGA!

1. Zaświadczenie winno być wypełnione w całości przez lekarza. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia oraz gdy na druku zaświadczenia dokonywane są skreślenia, korekty i brak jest podpisu osoby, która tego dokonała zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.

2. Zaświadczenie lekarskie ważne jest 3 miesiące od daty wystawienia.

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data
(dzień – miesiąc – rok)

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

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim) **WYPEŁNIĆ CZYTELNIE**

--

2. Przebieg schorzenia podstawowego – stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium.

--

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

--

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 wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie zasadnicze (w załączeniu)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta:

(właściwe zaznaczyć)

☐

TAK

☐

NIE

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (data)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (data)

Czy pacjent (właściwe zaznaczyć): ☐ wymaga ☐ nie wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Pacjent (właściwe zaznaczyć): ☐ może przybyć samodzielnie na posiedzenie składu orzekającego

☐ może przybyć z opiekunem, ☐ nie może przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeżeli nie może przybyć to należy wypełnić poniższe zaświadczenie).

.....
pieczętka i podpis lekarza

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczam, że Pan/Pani nie może osobiście stawić się na posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - zgodnie z § 8 ust. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania. Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy.

.....
pieczętka i podpis lekarza