

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Na podstawie art.3, 4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (z późniejszymi zmianami). Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Brzegu prosi o wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia w sprawie wydania orzeczenia o ustaleniu (stopnia) niepełnosprawności.

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

Imię/ imiona:	
----------------------	--

Nazwisko:	
------------------	--

Data urodzenia :								Miejsce urodzenia:	
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------	--

Seria dowodu osobistego				Numer dowodu osobistego					
--------------------------------	--	--	--	--------------------------------	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:	
----------------------------	--

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

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

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

niezbędne	wskazane	zbędne
x	x	x

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

8. Od kiedy pacjent (ka) pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

(data)

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?

(data)

10. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjent(a-ki)?

Tak* / **Nie***

11. Czy pacjent(ka) wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

wymaga* / **nie wymaga***

12. Czy pacjent(ka) jest trwale niezdoln(a-y) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności :

Tak* / **Nie***

13. Czy u wskazanego na wstępie Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia** **Tak*** / **Nie***

14. Czy pacjent wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju: **Tak*** / **Nie***

.....
Stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenia