(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

Miejscowość.....

Data…….……..

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia)

UWAGA!!! - zaświadczenie winno być wypełnione wyłącznie przez lekarza wystawiającego

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenia i rehabilitacja .....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

●□□□□□□□□ Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK **NIE***

●□□□□□□□□ Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?(rok)…….....……...

●□□□□□□□□ Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?(rok)…….....…….

●□□□□□□□□ Czy pacjent wymaga stałej opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji

TAK **NIE***

●□□□□□□□□ Czy u pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie staniu zdrowia? **TAK** **NIE** **NIE DOTYCZY***

.....

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić