

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Koninie
(ważne 30 dni od daty wydania)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Seria i numer 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 oraz choroby współistniejące:

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja- rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

7. Wykaz wykonanych 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 jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności? **TAK/NIE***

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia? ****TAK/NIE***

.....
pieczętka i podpis lekarza wydającego zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić

**dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie