

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia
miejscowość

ZON-1/2

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

Imiona i Nazwisko
Data urodzenia Miejsce urodzenia
Adres zamieszkania
Numer PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, początek, 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, rokowanie { 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 (należy załączyć do zaświadczenia):

.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych (należy załączyć do zaświadczenia):

.....
.....

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

TAK * - NIE *

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? Podać rok

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

Podać rok

W/w pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

TAK * – NIE *

Pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności?

TAK *(należy wypełnić dalszą część wniosku) – NIE *

* skreśl niepotrzebne

.....
pieczęć i podpis lekarza wydającego zaświadczenie

UWAGA: zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ważne jest 30 dni od daty wystawienia.

Proszę dokładnie i czytelnie wypełnić wszystkie pozycje.

UWAGA: Dalszą część wypełnia lekarz jeżeli dziecko nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo (np. osoba leżąca, upośledzona umysłowo bez kontaktu słownego, podłączona do respiratora itp.), wskazując dokładnie przyczynę uzasadniającą orzekanie w trybie zaocznym.

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....

(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pan/i

leczone z powodu ww. schorzeń jest niezdolny/a przybyć na posiedzenie zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności ponieważ:

.....

.....

(proszę określić stan sprawności chorej/go z uwzględnieniem stopnia samoobsługi i zdolności do funkcjonowania w środowisku rodzinnym).

.....

(pieczęć i podpis lekarza)