

.....  
**STEMPEL ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**LUB PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

.....  
miejsowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

**ZAŚWIADCZENIE JEST WAŻNE 30 DNI OD DNIA WYSTAWIENIA**

orzeczenie pierwszorazowe / orzeczenie powtórne\*

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr i seria legitymacji szkolnej ..... 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. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

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

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

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

.....  
.....

7. Wykaz dokonanych 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 dziecko wymaga / nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności **TAK / NIE\***

U w/w dziecka nastąpiło / nie nastąpiło\* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich.

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić