....., dnia ……
( miejscowość i data )

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia <u>osoby do 16 roku życia</u>**
**wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności**

**Nazwisko i imię dziecka**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Data i miejsce urodzenia dziecka**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Nr PESEL**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

**Miejsce stałego pobytu dziecka:**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**I**. Rozpoznanie choroby zasadniczej: ……...

……...

……..……

……...……

……...

……...

……...

……...

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych (wpisać jakimi):

……...

……..……

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

…….....

……..

……...

……...

**II**. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

……

……

……

1. Rozpoznanie chorób współistniejących zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: (wpisać jakimi)

……...

.....……..……

**III**. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

……

……

……

**IV**. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

……...

……...

……...

**V**. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji:

……..

……..…….

**VI**. OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO*

1. CHOROBA UNIEMOŻLIWIA OSOBISTE STAWIENNICTWO: TAK☐ NIE☐

W przypadku zaznaczenia w punkcie VI.1.„TAK", lekarz wystawiający zaświadczenie stwierdza, czy choroba, która uniemożliwia osobiste stawiennictwo:

2. MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY TAK☐ NIE☐

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu):

- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ WIZYT DOMOWYCH: TAK☐ NIE☐

- INNE DOKUMENTY (wpisać jakie) ……...

……...

**VII.** Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokument. medycznej pacjenta: TAK☐ NIE☐

**VIII**. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data) …….

**IX.** Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)……...

*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce

.....
podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*Zaświadczenie wraz z dokumentacją należy dołączyć do wniosku i wnieść do Zespołu w terminie **30 dni od dnia wystawienia***