

miejsowość .....

data.....

stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb**  
**Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**  
**w Białymstoku**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu) .....

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 (możliwość 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:

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

9. Aktualny stan zdrowia-wydolność układu/narządu:

.....  
.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? .....

.....  
.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? **Tak / Nie\***

Przewidywany okres trwania naruszenia sprawności organizmu dziecka wynosi ponad 12 miesięcy: **Tak / Nie\***

W/w Pan(i) **wymaga / nie wymaga\*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji (dot. osób po 16 r.ż.)

Pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. **Tak / Nie\***

z powodu (w przypadku zaznaczenie braku możliwości osobistego stawiennictwa, należy ten fakt uzasadnić, w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego)

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

U pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia \*\* **Tak / Nie\***

.....  
*stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie*

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

**Adnotacja zakładu pracy chronionej**

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....  
*pieczętka zakładu pracy chronionej*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza wystawiającego  
zaświadczenie*

**UWAGA:** Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia