pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

 lub praktyki lekarskiej ...........................................

 miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**

**wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania**

**o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko dziecka…………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia…………………………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………………………...

PESEL…………………………………………………………………………………………………………………….

Wzrost………. Waga………... RR…………./…………. mmHg

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Rozpoznanie chorób współistniejących, uszkodzeń innych narządów i układów

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

3. Przebieg schorzenia podstawowego i chorób współistniejących – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) - stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, 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. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? …….………………………

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

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

 **TAK / NIE\***

12. Czy u pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od wydania poprzedniego zaświadczenia lekarskiego: **TAK / NIE\***

13. Czy pacjent jest trwale niezdolny do osobistego stawiennictwa celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności: **TAK / NIE\***

**Informacja dla lekarza wypełniającego zaświadczenie –** w przypadku zaznaczenia braku możliwości osobistego stawiennictwa, należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, pacjent zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego):

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

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

Pieczątka imienna i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie

\* zakreślić właściwe

**UWAGA:**

1. Zaświadczenie lekarskie ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza – podstawa prawna: § 6 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. – Dz. U. z 2015r., poz. 1110 ze zm.
2. Brak pieczątek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.