

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności w Sępólnie Krajeńskim
z siedzibą w Więcborku

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, środki pomocnicze 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

.....
.....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data).....

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?
TAK/NIE*

12. W/w dziecko wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

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

14. 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