

.....
miejsowość i data

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
wydane dla potrzeb zespołu
do spraw orzekania o niepełnosprawności

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

NR 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 przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

7. Wykaz wykonanych 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 *

Czy dziecko wymaga stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji: TAK / NIE*

Jeśli TAK to w jakim zakresie.....
.....
.....

Czy dziecko wymaga korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji:

TAK / NIE*

Jeśli TAK to w jakim zakresie.....
.....
.....

Czy istnieje konieczność sprawowania zwiększonej stałej opieki pielęgnacyjnej; TAK / NIE*

Jeśli TAK to w jakim zakresie.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić