

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

(miejscowość i data)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb  
Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gliwicach  
(wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi pacjenta)**

Uwaga! Zaświadczenie lekarskie ważne jest 3 miesiące od daty wystawienia

**Dane personalne** osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (dziecka) lub osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

PESEL:

**Choroba zasadnicza oraz choroby współistniejące:**

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; pobyt 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 stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia:
  
8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

**Informacje dodatkowe:**

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (data)?

Dziecko **wymaga / nie wymaga** (*niepotrzebne skreślić*) w codziennym funkcjonowaniu większego wsparcia niż zdrowe dziecko w tym samym wieku.

W/w Pan/i (dziecko) **wymaga / nie wymaga** (*niepotrzebne skreślić*) opieki osoby drugiej w codziennym funkcjonowaniu ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

U w/w Pana/i (dziecka) nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół: **Tak/ Nie/ Orzeczenie pierwszorazowe** (*niepotrzebne skreślić*).

**Informacje w sprawie możliwości przybycia na posiedzenie komisji orzekającej:**

W/w Pan/i (dziecko) jest **zdolny / nie jest zdolny** (*niepotrzebne skreślić*) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

**W przypadku braku możliwości odbycia podróży należy ten fakt uzasadnić** (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego):

**(pieczętka i podpis lekarza  
wydającego zaświadczenie)**