Na podstawie § 6 ust. 2 w związku z § 3 ust. 2 pkt 1 § 3 ust. 1 pkt 1 oraz § 3 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności /Dz. U. Nr 2015, poz. 1110, ze zm. / do wniosku dołącza się zaświadczenie lekarskie

UWAGA! ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WAŻNE JEST 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA

Pieczątka 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)

U Pana/i/ (dziecka)

.....

urodzonego /ej/..... zamieszkałego/ej/.....

którego tożsamość ustalono na podstawie / nazwa, seria i numer dokumentu/.....

.....PESEL.....

stwierdza się co następuje :

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

   .....

   .....

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

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

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

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

W/w Pan/i (dziecko) jest **zdolny / nie jest zdolny*** 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.

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

.....
pieczątka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

** niepotrzebne skreślić*

Podstawa prawna: **§ 3 ust. 1 pkt 1 oraz § 3 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności /Dz. U. Nr 2015, poz. 1110, ze zm. /**