

Miejscowość
Data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie .

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok)

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

W/w Pan/i jest:

☐ zdolny/a do osobistego stawiennictwa i uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego (w siedzibie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności).

☐ niezdolny/a do osobistego stawiennictwa i uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby.

W przypadku niezdolności do osobistego stawiennictwa w posiedzeniu składu orzekającego należy załączyć Skalę Barthel.

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie lekarskie jest ważne 3 miesiące od daty jego wydania

(podstawa prawna Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. Dz. U. z 2025., poz.730)