

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności
(ważne przez okres 30 dni od daty wystawienia)

*Orzeczenie pierwszorazowe / orzeczenie powtórne **

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia: PESEL:

Adres zamieszkania:

numer legitymacji szkolnej/aktu urodzenia:

1. ROZPOZNANIE

Choroba podstawowa

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

Choroby współistniejące

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

2. Opis i przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji), stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

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

3. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaj, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

4. Ocena wyników leczenia dziecka, rokowania (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 z a ł ą c z e n i u) :

.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych z a ł ą c z o n y c h 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 dziecka?
TAK / NIE *
- U dziecka **nastąpiło / nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o stopniu niepełnosprawności ******.
- Dziecko **wymaga / nie wymaga*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.
- Dziecko **jest zdolne / zdolne przy pomocy osób trzecich/ jest trwale niezdolne*** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

* Niepotrzebne skreślić
** Dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie