

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

.....  
miejsowość i

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**  
WYDANE DLA POTRZEB ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

orzeczenie pierwszorazowe

orzeczenie powtórne\*

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia dziecka .....

Adres zamieszkania dziecka .....

Nr i seria dokumentu tożsamości dziecka ..... 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 zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie**

.....

.....  
.....  
.....  
**7. Wykaz dokonanych 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\***

W/w dziecko **wymaga / nie wymaga\*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności **TAK / NIE\***

U w/w dziecka nastąpiło/nie nastąpiło\* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich.

**\* właściwe zaznaczyć**

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie