

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

.....
miejsowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
w wieku do 16 roku życia**
wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

na podstawie § 3 ust. 1 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 139, poz. 1328 ze zm.)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

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

3. Aktualny stan zdrowia – wydolności układu/ narządu:

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

4. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

7. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (ZAŁĄCZONE DO NINIEJSZEGO ZAŚWIADCZENIA)

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

8. Przewidywany okres trwania naruszenia sprawności fizycznej lub psychicznej dziecka wynosi ponad 12 miesięcy.

TAK*

NIE*

* właściwe podkreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Dodatkowe uwagi lub konsultacje:

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