....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej) miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

dziecka wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania

o Niepełnosprawności w Busku-Zdroju

(Uwaga! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Nazwisko i imię dziecka…….....

Data urodzenia .....

Numer PESEL dziecka …….....…….....

Nr dokumentu potwierdzający tożsamość dziecka .....

Adres zameldowania

.....

Adres pobytu (wypełnić jeżeli inny niż adres zameldowania)

……...……

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

.....

….....

2. Przebieg schorzenia podstawowego

.....

.....

.....

….....

.....

3. **Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące**

.....

.....

.....

.....

4. **Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja,**

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

6. **Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych. Innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)**

.....

.....

.....

….....

UWAGA:

Zaświadczenie lekarskie powinno zawierać opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, karty leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, ksero historii choroby oraz inne posiadane dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Zaświadczenie lekarskie powinno być wypełnione czytelnie i wyczerpująco.

Wnioski nieposiadające kompletnej dokumentacji medycznej nie będą przyjmowane.

Brak pieczątki podmiotu wystawiającego zaświadczenie, pieczątki i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.

.....

pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie