*Druk do użytku PZOON złożyć w oryginale*

PZOON.8421. .2024

…………..……………., ………….….

*miejscowość data*

*pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

*lub praktyki lekarskiej*

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chełmie

Imię i nazwisko .........................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ...........................................................................................................................

Adres zamieszkania ...................................................................................................................................

Numer PESEL ...........................................................................................................................................

Nr i seria dokumentu stwierdzającego tożsamość …….............................................................................

Wzrost .............. waga .............. RR ................. /............. mmHg R ..../

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 może / nie może\* uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego, jeżeli nie może należy wypełnić poniższe zaświadczenie.

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

pieczątka i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie

Uwaga! Zaświadczenie lekarskie jest ważne tylko 30 dni od daty wystawienia.

\* niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…………..……………., ………….….

*miejscowość data*

*pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

*lub praktyki lekarskiej*

Zaświadczenie lekarskie

Stwierdza się, że ……………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko pacjenta)

Jest trwale niezdolna/y do odbycia podróży, celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego,   
z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

(proszę określić stan sprawności chorej/go z uwzględnieniem stopnia samoobsługi i zdolności do funkcjonowania w środowisku rodzinnym).

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

pieczątka i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie