

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
z uwzględnieniem kondycji psychicznej  
wdane dla potrzeb Placówki w Morawianach**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL .....

Nr i seria dowodu osobistego.....

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

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie .....

.....  
.....

niezbędne	wskazane	zbędne
x	x	x

6. Aktualne zlecenie na leki:

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

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?  
( data ) .....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?  
( data ) .....

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

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. **Tak / Nie \***

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia\*\* **Tak / Nie\***

.....

Stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenia