

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:

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

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? TAK / NIE *

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

.....

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

.....

11. W/w Pan/Pani wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: TAK / NIE

12. W/w Pan/Pani jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności: TAK / NIE *

13. U w/w Pana/Pani nastąpiło (nie nastąpiło) * istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. **

* nie potrzebne skreślić

** wypełnia się gdy pacjent ponownie ubiega się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie