

.....
Pieczątką zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość i data)

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(wypełnia lekarz)

*Orzeczenie pierwszorazowe / orzeczenie powtórne **

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania.....

Nr i seria legitymacji szkolnej/dowodu osobistego/paszportu.....

PESEL

- 1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (od kiedy)**
.....
.....
.....
- 2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek, wyniki dotychczasowego leczenia i rehabilitacji**
.....
.....
.....
.....
.....
- 3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące**
.....
.....
.....
- 4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaj, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium**
.....
.....
.....

5. **Ocena wyników leczenia, rokowanie** (możliwość poprawy)
-
-
6. **Używane** (ewentualne potrzeby) **zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny**
-
-
7. **Wykaz wykonanych badań potwierdzających rozpoznania** (w załączeniu)
-
-
-
8. **Wykaz przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych** (w załączeniu)
-
-
9. **W jakim stopniu dziecko wymaga na co dzień współlistnienia opiekuna w procesie:**
- leczenia
 - rehabilitacji
 - edukacji

Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (d/m/r).....

Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną (data: d/m/r)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka
TAK / NIE*

Czy u dziecka **nastąpiło / nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych

* niepotrzebne skreślić

.....
 stempel i podpis lekarza
 wydającego zaświadczenie

Dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **TAK / NIE***. Jeśli **tak** należy potwierdzić z jakiej przyczyny:

**Zaświadczenie lekarskie potwierdzające
 niezdolność osobistego uczestniczenia dziecka
 w posiedzeniu komisji**

Dziecko jest stale leżące i trwale niezdolne do osobistego uczestniczenia w posiedzeniu komisji z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby

.....

.....

.....
 stempel i podpis lekarza
 wydającego zaświadczenie