

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej:

.....  
miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

**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 (w załączeniu):**

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

**7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych załączonych do zaświadczenia:**

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka?

☐ TAK

☐ NIE

Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną (rok)? .....

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

☐ Dziecko (wraz z opiekunem) może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego.

☐ Dziecko (wraz z opiekunem) nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej stawienictwo.

.....

Pieczętka i podpis lekarza

**UWAGA:**

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka jest ważne 30 dni od daty wystawienia.**