

3. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaj, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (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:

.....
.....

- Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?
(data)
- Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)
- Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?
TAK / NIE *
- U pacjenta **nastąpiło / nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o stopniu niepełnosprawności ******.
- Pacjent **wymaga / nie wymaga*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.
- Pacjent **jest zdolny / jest trwale niezdolny*** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

* Niepotrzebne skreślić
** Dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie