

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WAŻNE JEST 30 DNI OD DATY WYPISANIA PRZEZ
LEKARZA DO DNIA ZŁOŻENIA W ZESPOLE**

.....
Miejscowość i data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Na podstawie art. 3, 4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Gdyni prosi o wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia w sprawie wydania orzeczenia o ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

**wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

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

.....

.....

.....

.....

