

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość.....
Data.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**
(proszę dokładnie wypełnić wszystkie pozycje)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim):
2. Przebieg schorzenia podstawowego:
3. Choroby współistniejące, uszkodzenia innych narządów i układów (w jęz. polskim):
4. Dokładna data powstania niepełnosprawności:
5. Proszę dokładnie określić przyczynę niepełnosprawności (wg. rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 01.02.2002r. Dz. U. Nr 17, poz. 162 § 2 pkt. 1-9, § pkt. 1-3)
6. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:
7. Czy konieczne jest zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie:
TAK NIE

Jeśli tak to proszę dokładnie wyszczególnić- jakie:

8. Czy zachodzi konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji:

TAK

NIE

9. Czy zachodzi potrzeba korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji:

TAK

NIE

10. Czy zachodzi konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji dziecka:

TAK

NIE

11. Czy niepełnosprawność dziecka spełnia przesłanki określone w art.8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. – Prawo o ruchu drogowym:

TAK

NIE

12. Czy niepełnosprawność dziecka kwalifikuje się do innych wskazań (np. ulgi telekomunikacyjne itp. Proszę wyszczególnić jakich:

TAK

NIE

-
13. Do niniejszego zaświadczenia proszę dołączyć odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzających rozpoznanie choroby, takich jak: dokumentacja medyczna z miejsca leczenia, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, wyniki wykonywanych badań dodatkowych oraz inną dokumentację medyczną istotną dla oceny stanu zdrowia dziecka- **potwierdzoną za zgodność z oryginałem.**

Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie.

Zaświadczenie lekarskie jest **ważne 30 dni** od daty wystawienia.