

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

1. stan cywilny
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania

wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie z pomocą opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie z pomocą opieka
poruszanie się w środowisku: samodzielnie z pomocą opieka

3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego
4. wykształcenie zawód wyuczony.....
5. obecne zatrudnienie wykonywany zawód

Oświadczam, że :

1. Pobieram emeryturę / rentę: ZUS, KRUS, MSWiA, KIZ
2. Składałem (nie składałem) wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
kiedy
stopień do
3. Na posiedzenie składu orzekającego:
mogę przybyć / nie mogę przybyć
4. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Elblągu, ul. Komeńskiego 40, zgodnie z ustawą z 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) gromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.

.....
Własnoręczny podpis osoby zainteresowanej

UWAGA DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- ORYGINAŁ ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO (WAŻNE JEST 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA)
- KSEROKOPIĘ POSIADANEGO ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
- KSEROKOPIĘ AKTUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZONĄ ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM:
POTWIERDZENIE MUSI ZAWIERAĆ:
 - CZYTELNY PODPIS LUB PARAFKĘ Z PIECZĄTKĄ IMIENNĄ OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ
 - PIECZĄTKĘ NAGŁÓWKOWĄ INSTYTUCJI POTWIERDZAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ
 - DATĘ POTWIERDZENIA

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Elblągu

Miejscowość.....

Data

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (druk należy wypełnić w języku polskim)

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. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

8. 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*

W/w Pan/i wymaga/nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Tak/Nie*

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia**

Tak/Nie*

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekałego dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka zakładu
pracy chronionej

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie