

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość i data)

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

(Uwaga! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

- 1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**

- 2. Przebieg schorzenia podstawowego**

- 3. Choroby współistniejące, uszkodzenia innych narządów i układów**

- 4. Dokładna data powstania niepełnosprawności**

- 5. Proszę dokładnie określić przyczynę niepełnosprawności**

- 6. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja**

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

TAK / NIE

jakie:

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

TAK / NIE

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

TAK / NIE

10. Czy zachodzi konieczności 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 do innych wskazań (np. ulgi telekomunikacyjne)

TAK / NIE

Jakie:

13. Czy dziecko jest zdolne do obycia podróży z opiekunem celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego

TAK / NIE

Do niniejszego wniosku należy dołączyć odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzających rozpoznanie choroby, takich jak: dokumentacja medyczna z miejsca leczenia, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, wyniki wykonanych badań dodatkowych oraz inną dokumentację medyczną istotną dla oceny stanu zdrowia dziecka potwierdzone na każdej stronie za zgodność z oryginałem.

.....
pieczętka i podpis lekarza