................................................. miejscowość ............................................ data ...................... stempel zakładu opieki

lub praktyki lekarskiej **UWAGA !!! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia**

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

Imię i nazwisko dziecka: .......................................................................................................................

Data urodzenia: ............................................................... PESEL: .......................................................

Adres zamieszkania: ..............................................................................................................................

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

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

1. **Przebieg schorzenia podstawowego:**

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

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

1. **Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:**

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

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

1. **Ocena wyników leczenia, rokowania, dalsze leczenie i rehabilitacja:**

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

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

1. **Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:**

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

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

1. **Czy nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia od czasu wydania ostatniego orzeczenia?** TAK / NIE
2. **Czy dziecko jest w stanie stawić się na komisję lekarską? (jeśli nie, to dlaczego?)**

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

 ................................................................ stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie