

Na podstawie § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej  
z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności  
(tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2027) do wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu  
niepełnosprawności dołącza się zaświadczenie lekarskie:  
**WYDANE NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU.**

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość: .....

Data: .....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby zainteresowanej / dziecka\***  
wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Zabrze  
(wypełnia w całości [wyłącznie jeden] lekarz - łącznie z danymi osobowymi)

Imię i nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Numer ewidencyjny PESEL:...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

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

Nazwa, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość:.....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:**

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

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

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

\* Niepotrzebne skreślić; przy czym przez pojęcie „dziecko” należy rozumieć osobę do 16 roku życia.

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (dołączonych do zaświadczenia):

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych (dołączonych do zaświadczenia):

8. Czy lekarz wydający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?\*\*:  
☐ TAK ☐ NIE

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? Podać rok: .....

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? Podać rok: .....

11. Ww. dziecko wymaga w codziennym funkcjonowaniu większego wsparcia niż zdrowie dziecko w tym samym wieku (DOT. OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA)\*\*:  
☐ TAK ☐ NIE

12. Ww. Pan/i (dziecko\*) wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji\*\*:  
☐ TAK ☐ NIE

13. Ww. Pan/i (dziecko\*) do odbycia podróży celem uczestnictwa w posiedzeniu sądu orzekającego jest\*\*:

☐ zdolny/a samodzielnie lub zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej;

☐ TRWALE niezdolny/a z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawianictwo.

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wydającego zaświadczenie

\*\* Właściwą rubrykę: ☐ zaznaczyć stawiając w polu znak: ☒