

MIEJSKI ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W GDAŃSKU

ul. Dyrekcyjna 5, 80-852 Gdańsk tel. 58/320 22 96

<https://mzongdansk.naszbip.pl/> e-mail: mzon@gdansk.gda.pl

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

(zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia DZIECKA (do 16 r. ż.) wydane dla potrzeb
Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Gdańsku**

imię i nazwisko dziecka:

data i miejsce urodzenia:

nr PESEL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

adres zamieszkania: |__|__|__|__|__|__|

ul. nr domu nr mieszk.

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (**wpis w j. polskim**):

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),
stopień uszkodzenia strukturalnego, 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 dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączniku):
.....
.....
.....
.....
8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:
9. Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (podać datę):
.....
10. Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną (podać datę):

Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka:

TAK/ NIE*

Dziecko **wymaga/ nie wymaga*** całkowitej opieki lub pomocy w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

Dziecko jest **zdolne/ trwale niezdolne*** do odbycia podróży celem osobistego udziału w posiedzeniu komisji orzekającej o niepełnosprawności.

.....
.....
(jeśli dziecko jest trwale niezdolne - należy wpisać uzasadnienie niemożności osobistego stawiennictwa na posiedzeniu składu orzekającego)

Nastąpiła/ nie nastąpiła* zmiana stanu zdrowia dziecka w okresie od dnia wydania ostatniego orzeczenia lub ważnego orzeczenia wydanego na trwale./ **nie dotyczy – zaświadczenie wydawane po raz pierwszy.***

.....
pieczętka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

UWAGA:

- 1. Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty jego wystawienia przez lekarza.**
- 2. Zaświadczenie, wraz z danymi osobowymi winno być wypełnione w całości i czytelnie przez lekarza.**
- 3. Wszelkie zmiany/ korekty wpisów w zaświadczeniu wymagają podpisu i pieczętki lekarza wraz z datą ich dokonania.**