

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

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

.....
miejscowość i data

(zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb
Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Gdańsku**

imię i nazwisko:

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 ww. Pan/-i pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (podać datę):
.....
10. Od kiedy ww. Pan/-i posiada dokumentację medyczną (podać datę):

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji ww. Pana/-i: **TAK/ NIE***

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

Ww. Pan/-i **jest zdolny/-a // trwale niezdolny/-a*** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu komisji orzekającej o stopniu niepełnosprawności.

.....
.....
(jeśli ww. Pan/ -i jest trwale niezdolny/-a - należy wpisać uzasadnienie niemożności osobistego stawiennictwa na posiedzeniu składu orzekającego)

U ww. Pana/-i **nastąpiła/ nie nastąpiła*** zmiana stanu zdrowia w okresie od dnia wydania ostatniego orzeczenia lub ważnego orzeczenia wydanego na trwałe/ **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.**