

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

..... dnia

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
(Uwaga! Zaświadczenie wypełnione przez lekarza ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko pacjenta

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL **Nr i seria dowodu osobistego**

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

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

3. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyt w szpitalu, sanatorium

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

4. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....
.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....
.....

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (**w załączeniu**):
8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, *załączonych do zaświadczenia*
9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (**data**)
10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (**data**)
11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie **ma /nie ma*** pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta.
12. Czy w/w osoba **wymaga / nie wymaga*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.
13. Czy u w/w osoby **nastąpiło/ nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania do celów orzekania o niepełnosprawności.

14. Pacjent jest: *

- a/ zdolny do udziału w posiedzeniu składu orzekającego,
- b/ zdolny do przybycia wyłącznie z pomocą drugiej osoby,
- c/ niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo – *należy szczegółowo opisać stan ogólny pacjenta tj. posiadane dysfunkcje uzasadniające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu, z powodu obłożnej lub długotrwałej choroby, np. jak wygląda spożywanie posiłków, komunikowanie się, poruszanie się, wykonywanie czynności samoobsługowych i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza wydającego zaświadczenie)

* *właściwe podkreślić*

Ocena pacjenta wg skali Barthel
wydana dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Imię i nazwisko pacjenta

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania Pesel Nr i seria dowodu
osobistego

L/p	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie) 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 = samodzielny.	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny (w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby).	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny, 5 = niezależny.	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się lub <50 m, zależny na wózku, 5 = niezależny na wózku, 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50m.	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia), 10 = samodzielny.	
8.	Ubieranie i rozbieranie się. 0 = zależny, 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonania lewatywy), 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny, 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie m	
Wynik kwalifikacji		pkt.

.....
imienna pieczętka i podpis osoby uprawnionej