

....., dnia

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia pacjenta wydane na potrzeby
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(Uwaga! Zaświadczenie wypełnione przez lekarza ważne jest 30 dni od daty wystawienia)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania

Nr PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów , choroby współistniejące

.....
.....

4. Rokowania (możliwości poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny:
ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....
.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji
medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia pacjenta (w załączeniu)

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK / NIE*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

W/w pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

TAK / NIE*

Czy u w/w pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o stopniu niepełnosprawności. **TAK / NIE***

Pacjent jest:*

- a) **zdolny do udziału w posiedzeniu składu orzekającego**
- b) **trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo – należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan.....**
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

UWAGA!

Rozpatrywanie sprawy bez konieczności stawienia się na posiedzenie składu orzekającego występuje jedynie w wyjątkowych przypadkach, jeżeli choroba jest długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą dysfunkcję fizyczną lub psychiczną osoby składającej wniosek oraz jeśli lekarz przewodniczący składu orzekającego uzna, że załączona dokumentacja jest w pełni wystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*** właściwe zakreślić**

**Zaświadczenie lekarskie powinno być wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
Do wniosku należy dołączyć posiadaną dokumentację umożliwiającą ustalenie niepełnosprawności i datę powstania niepełnosprawności (kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem).**

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