



1. Rozpoznanie chorób współistniejących zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: (wpisać jakimi)

.....  
.....

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

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

**IV.** Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

**V.** Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji:

.....  
.....

**VI.** OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO\*

1. CHOROBA UNIEMOŻLIWIA OSOBISTE STAWIENICTWO: TAK  NIE

W przypadku zaznaczenia w punkcie VI.1., „TAK”, lekarz wystawiający zaświadczenie stwierdza, czy choroba, która uniemożliwia osobiste stawiennictwo:

2. MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY TAK  NIE

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu):

- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ WIZYT DOMOWYCH: TAK  NIE

- INNE DOKUMENTY (wpisać jakie) .....

.....

**VII.** Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokument. medycznej pacjenta: TAK  NIE

**VIII.** Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data) .....

**IX.** Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data).....

\*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce

.....  
podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*Zaświadczenie wraz z dokumentacją należy dołączyć do wniosku i wnieść do Zespołu w terminie 30 dni od dnia wystawienia*