



## Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

1. stan cywilny:       kawaler / panna     żonaty / zamężna     wdowiec / wdowa  
                                  rozwiedziony / rozwiedziona     separowany / separowana

2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

wykonywanie czynności samoobsługowych:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> opieka
poruszanie się :	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> opieka

3. wykształcenie ..... 4. zawód wyuczony.....

5. obecne zatrudnienie : tak | nie\* 6. zawód wykonywany.....

7. korzystanie z sprzętu ortopedycznego tak/nie\* jaki?.....

## Oświadczenia:

1. Oświadczam, że **nie pobieram** | **pobieram\*** świadczenia rentowe jakie.....

2. Oświadczam, że **nie składałem/am** | **składałem/am\*** wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w ..... roku, otrzymałem/am stopień: ..... ważny do .....

3. Oświadczam, że **mogę / nie mogę\*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

*(Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby.)*

4. Oświadczam, że w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez **lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego**, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

## Wymagane załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego **nie wcześniej niż na 30 dni przed złożeniem wniosku**,
2. Kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej aktualny stan zdrowia, tj. wypisy szpitalne, opisy badań, historie choroby, itp., wraz z oryginałami do wglądu, lub kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem (pieczęć instytucji, czytelny podpis, data)
3. Kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydanych przez zespoły orzekające.
4. Odpis aktu urodzenia (w przypadku osób do 18 roku życia)

.....  
data i miejscowość

.....  
Podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość i data

### **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

wydane dla potrzeb  
Zespołu do Spraw Orzekania  
o Stopniu Niepełnosprawności

**(Uwaga! Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia, oraz musi zawierać stempel podmiotu wystawiającego zaświadczenie, podpis lekarza, datę i dane osobowe pacjenta.)**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr i seria dowodu osobistego / paszportu ..... PESEL .....

#### 1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

#### 2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i 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 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 pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

**TAK / NIE \***

12. Pacjent **wymaga / nie wymaga \*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

13. U pacjenta **nastąpiło / nie nastąpiło \*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich. (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie).

14. Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem osobistego udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności?

**NIEZDOLNY / ZDOLNY \***

**W przypadku zaznaczenia braku możliwości odbycia podróży, należy ten fakt uzasadnić.** (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego):

.....

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

### **Adnotacja zakładu pracy chronionej**

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....  
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* właściwe zaznaczyć