

(miejscowość i data/ населений пункт і дата)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia osoby powyżej 16 roku życia
wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności/
МЕДИЧНА ДОБІДКА про стан здоров'я особи, яка досягла 16-річного віку
видана для потреб комісії з питань щодо підтвердження інвалідності

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

.....

.....
.....
II. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:/ Пошкодження інших органів і систем, супутні захворювання:

.....
.....
.....
1. Rozpoznanie chorób współistniejących zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: (wpisać jakimi)/ Діагноз супутніх захворювань був підтверджений актуальними результатами діагностичних досліджень (вписати якими):

.....
.....
.....
III. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:/ Оцінка результатів лікування, прогноз (стійкість пошкоджень, можливість покращення), подальше лікування та реабілітація:

.....
.....
.....
IV. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:/ Використовуване ортопедичне оснащення і реабілітаційне устаткування, можливі потреби у зв'язку з цим:

.....
.....
.....
V. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji: / Список проведених додаткових обстежень / консультацій:

.....
.....
VI. OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO*
1. CHOROBA UNIEMOŻLIWIA OSOBISTE STAWIENNICTWO: ОЦІНКА ЗДАТНОСТІ БУТИ ПРИСУТНІМ НА ЗАСІДАННІ КОМІСІЇ З ПІДТВЕРДЖЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ*

TAK ☐ **NIE/ НІ** ☐

W przypadku zaznaczenia w punkcie VI.1., „TAK”, lekarz wystawiający zaświadczenie stwierdza, czy choroba, która uniemożliwia osobiste stawiennictwo: / У разі зазначення в пункті VI.1. "ТАК", лікар, який видає довідку, підтверджує, що захворювання, яке перешкоджає особистій присутності:

2. MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY/ МАЄ ДОВГОТРИВАЛИЙ ХАРАКТЕР І НЕ ПРОГНОЗУЄТЬСЯ ПОКРАЩЕННЯ

TAK ☐ NIE/ HI ☐

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu): / Нemoжливiсть особистої присутності визначається лікарем на підставі (в додатку):

- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ WIZYT DOMOWYCH: / ІСТОРІЇ ЗДОРОВ'Я ТА ЗАХВОРЮВАННЯ В ЧАСТИНІ, ЯКА СТОСУЄТЬСЯ ДОМАШНІХ ВІЗИТІВ: TAK ☐ HI ☐

TAK ☐ NIE/ HI ☐

- INNE DOKUMENTY (wpisać jakie)/ ІНШІ ДОКУМЕНТИ (вписати які)

.....
.....

VII. Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokument. medycznej pacjenta: / Лікар, що видає

довідку, має повний доступ до медичної документації пацієнта TAK ☐ NIE/ HI ☐

VIII. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data)/ З яких пір у пацієнта є медична документація? (дата)

IX. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)/ З яких пір пацієнт знаходиться під наглядом лікаря, що видає довідку? (дата).....

*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce/ відмітити X у відповідній клітинці

.....
podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/
підпис лікаря, що видає довідку

*Zaświadczenie wraz z dokumentacją należy dołączyć do wniosku i wnieść do Zespołu w terminie 30 dni od dnia wystawienia/
Довідку разом з документацією потрібно додати до заявки і представити Комісії впродовж 30 днів з дати видачі.*