

5. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu).

6. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.

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 Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

TAK / NIE*

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

TAK / NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić