Печатка закладу Охорони здоров'я
Чи лікарсько практики

……..
місто і дата

Медична довідка про стан здоров'я, видана для потреб групи з розгляду питань щодо інвалідності

1. Ім’я та прізвище_____
2. Дата і місце народження_____
3. Адреса реєстрації_____
4. PESEL [1]
5. Серія і номер ідентифікаційного документу _____

I. Діагностика основного захворювання:

_____
_____
_____

II. Діагностика супутніх захворювань, ураження інших органів і систем:_____

_____
_____
_____

III. Перебіг основного захворювання та супутніх захворювань: початок (визначається на підставі якої документації) – ступінь структурно-функціонального ураження; стадія захворювання

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

IV. Лікування та реабілітація, що застосовувалася - види, тривалість, перебування в стаціонарі, санаторії:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

V. Оцінка результатів лікування, прогноз (стійкість пошкоджень, можливість покращення), подальше лікування та реабілітація:

_____
_____
_____
_____
_____

VI. Список додаткових обстежень, що підтверджують діагноз:

_____

[1] Не поширюється на іноземців, які не мають PESEL.

_____
_____
_____

VII. Список важливих консультацій спеціаліста, що додається до сертифіката:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

VIII. Обсяг і тип обмежень, викликаних порушеною працездатністю організму:

_____
_____
_____
_____
_____

IX. Вживані ортопедичні матеріали та реабілітаційне обладнання; можливі потреби в цьому плані:

_____
_____
_____

X. Чи потрібна пацієнту допомога з точки зору самообслуговування, пересування та спілкування (якщо так, вкажіть вид та обсяг):

_____
_____
_____
_____
_____

XI. З яких пір пацієнт залишається під наглядом лікаря, який видає довідку?

XII. З якого часу у пацієнта є медична документація?

XIII. Чи має лікар, який видає довідку, повний доступ до медичної документації пацієнта: ТАК / НІ*

XIV. Чи потребує пацієнт догляду іншої людини через неможливість самостійної опіки: ТАК / НІ *

XV. Чи у пацієнта настало/не настало погіршення/покращення* стану здоров'я за період з моменту видачі попередньої медичної довідки: ТАК / НІ / НЕ ВІДНОСИТЬСЯ *

XVI. Пацієнт не може особисто з'явитися на медичний огляд та засідання колегії

ТАК / НІ

через.....

.....

.....

(якщо ТАК, введіть обґрунтування неможливості з'явитися особисто на засідання колегії)

.....

Особиста печатка та підпис лікаря, який видає довідку

* зазначте відповідне

Увага:

1. Довідка дійсна 30 днів з дня її видачі лікарем.
2. Довідка разом з персональними даними має бути заповнена лікарем повністю та розбірливо.