

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

1. Ім'я та прізвище \_\_\_\_\_
2. Дата і місце народження \_\_\_\_\_
3. Адреса реєстрації \_\_\_\_\_
4. PESEL <sup>1</sup>
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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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.