.............................., dnia/ дата ……………………………

( miejscowość i data/ населений пункт і дата)

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej/

печатка медичного закладу

або лікарської практики

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia osoby powyżej 16 roku życia**

**wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności/**

**МЕДИЧНА ДОВІДКА про стан здоров'я особи, яка досягла 16-річного віку**

**видана для потреб комісії з питань щодо підтвердження інвалідності**

**Nazwisko i imię/ Прізвище та ім'я**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data i miejsce urodzenia/ Дата та місце народження**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nr PESEL lub informację o obywatelstwie w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL/ Персональний номер PESEL або інформація про громадянство у випадку іноземця, який не має персонального номера PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Miejsce stałego pobytu: / Місце постійного перебування**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**I**. Rozpoznanie choroby zasadniczej: / Діагноз основного захворювання ……………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...……..…………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych (wpisać jakimi):/ Діагноз основного захворювання був підтверджений актуальними результатами діагностичних досліджень (вписати якими):

……………………………………………………………………………………………………………...……..………………………………………………………………………………………………………

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:/ Перебіг основного захворювання, ступінь структурних і функціональних пошкоджень, стадія розвитку захворювання, застосоване лікування і реабілітація - види, тривалість, перебування в стаціонарі, санаторії:

……………………………………………………………………………………………………...............

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

**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/ НІ □

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu): / Неможливість 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: ТАК□ НІ□

TAK□ NIE/ НІ □

- 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.*