

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Powołując się na § 6, Dz. U. z 2017 r. poz. 1743

.....
(imię i nazwisko)

I. Choroba główna oraz choroby współistniejące.

.....
.....
.....

II. Czy istnieje niepełnosprawność ?

Tak

Nie

w jakim zakresie:

.....
.....
.....

III. Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. Ocena wyników leczenia i dalsze rokowania (opis i efekty leczenia)

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

..... dnia r.