

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU  
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel. 0 55 247 26 96; fax: 55 272 80 80  
e-mail orzecznictwo1@poczta.onet.pl

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb  
Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Malborku**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

PESEL dziecka .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (**rozpoznanie prosimy wpisać w j. polskim**)

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

5. Używane leczenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne  
potrzeby w tym zakresie

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

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej  
dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

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

7. U w/w dziecka **nastąpiło/ nie nastąpiło\*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od  
ostatniego badania dla celów orzecznich.

8. Czy dziecko może przybyć na posiedzenie składu orzekającego: **tak / nie \***

*\*niepotrzebne skreślić*

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie