



8. Aktualna waga ciała ..... , wzrost .....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

(rok) .....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (rok) .....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? TAK / NIE\*

W/w Pan/i wymaga / nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności: TAK / NIE\*

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia: TAK / NIE\*\*

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

---

### Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....  
pieczętka zakładu  
pracy chronionej

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie