

WYNIKI BADANIA SPECJALISTYCZNEGO

Imię i nazwisko:.....
Data i miejsce urodzenia:
Nr PESEL:
Nr i seria dowodu osobistego:
Adres zamieszkania:

Opinia lekarza specjalisty:

1. Rozpoznanie czynnościowe z uwzględnieniem okresu i dynamiki procesu chorobowego:

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

2. Czy stwierdzone naruszenie sprawności organizmu ma charakter trwały (stały) czy okresowy, jakie jest rokowanie i **od kiedy trwa stwierdzone naruszenie sprawności:**

.....
.....

3. Czy, z uwagi na stopień naruszenia sprawności organizmu i ograniczenie samodzielnej egzystencji, badany wymaga stałej lub okresowej pomocy i opieki innej osoby ?*

TAK

NIE

Jeżeli tak, to w jakim zakresie

.....

4. Zalecane dalsze leczenie i rehabilitacja lecznicza:

.....
.....

5. Wskazania i przeciwwskazania do wykonywania zatrudnienia (rodzaj i warunki pracy):

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

6. Uzasadnienie:

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

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć i podpis lekarza badającego

.....
miejsowość i data