



**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/ ОЦІНКА ЗДАТНОСТІ БУТИ ПРИСУТНІМ НА ЗАСІДАННІ КОМІСІЇ З ПІДТВЕРДЖЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ \***

1. CHOROBA UNIEMOŻLIWIA OSOBISTE STAWIENNICTWO/ ХВОРОБА УНЕМОЖЛИВЛЮЄ ОСОБИСТУ ПРИСУТНІСТЬ:                      ТАК                       НЕ

W przypadku zaznaczenia w punkcie VI.1 „ТАК”, lekarz wystawiający zaświadczenie stwierdza, czy choroba, która uniemożliwia osobiste stawiennictwo:

2. MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY                      ТАК/ ТАК   
NIE/ НІ

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu)/ У разі зазначення в пункті VI.1. "ТАК", лікар, який видає довідку, підтверджує, що захворювання, яке перешкоджає особистій присутності:

- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ WIZYT DOMOWYCH MAЄ ДОВГОТРИВАЛИЙ ХАРАКТЕР І НЕ ПРОГНОЗУЄТЬСЯ ПОКРАЩЕННЯ/: ТАК/ ТАК   
NIE/ NI

-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: ТАК/ ТАК  NIE/ NI

**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*