

7. Proszę wyszczególnić okresy leczenia:

szpitalnego:

od do

od do

ambulatoryjnego:

od do

w domu:

od do

8. Czy pacjent był operowany?

NIE

TAK

Jeśli TAK, proszę podać szczegóły:

Stopień i czas trwania inwalidztwa

1. Czy doznane obrażenia/stan chorobowy spowodowały całkowitą i nieodwracalną utratę funkcji części lub całości narządu lub kończyny?

NIE

TAK, proszę szczegółowo i dokładnie opisać, które części narządów lub kończyn zostały amputowane lub jakie ich funkcje uległy utracie:

2. Czy możliwa jest poprawa obecnego stanu zdrowia pacjenta?

NIE

TAK, za pomocą:

3. Zakres niezdolności do pracy i rokowanie:

a/ Od kiedy pacjent jest całkowicie niezdolny do wykonywania swojej pracy zawodowej od do

b/ Od kiedy pacjent jest częściowo niezdolny do wykonywania swojej pracy zawodowej od do

c/ Czy stan zdrowia pacjenta umożliwia podjęcie jakiegokolwiek pracy lub prowadzenia działalności gospodarczej lub rokuje taką możliwość?

NIE, proszę szczegółowo uzasadnić

TAK, proszę określić orientacyjny termin

Oświadczenie

Oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

Miejscowość

Pieczęć i podpis lekarza

Adres i nr telefonu

Data