

zwraca się z prośbą o wydanie opinii

dla potrzeb opiniodawczych/orzeczniczych (**kolejne badanie w SPPP**)

**Stan zdrowia**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

PESEL: .....

Czy w/w był lub jest pod opieką specjalistyczną:                    **tak**                    **nie**

Czy lekarz ma dostęp do dokumentacji medycznej z leczenia specjalistycznego:

**tak**                    **nie**

1. Aktualny stan zdrowia:.....

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

2. Występujące dolegliwości/nieprawidłowości:

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

3. Rozpoznanie/choroba zasadnicza:.....

.....

4. Choroby współwystępujące/ uszkodzenia narządów:.....

.....  
.....

5. Czy nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia/funkcjonowania w ostatnim czasie:

- 1 rok
- 3 lata
- 5 lat

6. Używane zaopatrzenie medyczne, farmakoterapia, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

.....

7. Ewentualne wskazania do konsultacji specjalistycznych:.....

.....

.....  
(data wystawienia opinii)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)