

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupcy.

Wypełnia się dla dzieci i młodzieży, wobec których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego i/lub wczesnego wspomagania rozwoju z uwagi na niepełnosprawność słuchową.

Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 14 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2017r. Poz. 1743 z późn. zm)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania

I. Diagnoza / rozpoznanie dotyczące wady słuchu (wg ICD-10) :

--	--	--	--

.....
.....

Współwystępujące rozpoznania (wg ICD-10):

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

a) pacjent jest dzieckiem/ uczniem (właściwe podkreślić):

- prawidłowo słyszącym
- słabosłyszącym
- niesłyszącym

Leczony od:.....

b) stopień uszkodzenia słuchu

- ucho lewe dB
- ucho prawe..... dB

c) typ uszkodzenia słuchu (właściwe podkreślić):

- zmysłowo-nerwowy (odbiorczy)
- przewodzeniowy
- mieszany
- centralny

d) przyczyna uszkodzenia słuchu

.....
.....

II. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie.

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

III. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego (w tym niepełnosprawności).

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

IV. Zalecenia w zakresie edukacji, związane z niepełnosprawnością słuchową i ewentualnymi dodatkowymi problemami zdrowotnymi.

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)