

.....
(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 wspomaganie rozwoju z uwagi na niepełnosprawność wzrokową.

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 (t.j. Dz.U. 2023r. poz. 2061)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

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

Miejsce zamieszkania

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

--	--	--	--

.....
.....

Współwystępujące rozpoznania (wg ICD-10):

.....
.....

--	--	--	--

--	--	--	--

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

- prawidłowo widzącym
- słabowidzącym
- niewidzącym

Leczony od:

b) parametry wzroku

	OP	OL
Ostrość wzroku do dali z korektą		
Ostrość wzroku do bliży z korektą		
Moce szkieł okularowych		
Wada wzroku		
Stan obuocznego widzenia/ widzenie przestrzenne		
Badanie kątów zeza (jawnego/ukrytego)		
Pole widzenia		

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 wzrokową i ewentualnymi dodatkowymi problemami zdrowotnymi.

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

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