

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wypełnia lekarz audiolog, foniatra, otolaryngolog dziecięcy lub otolaryngolog)

dla potrzeb Zespołów Orzekających Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię i nazwisko..... data ur.....

Pesel:..... Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie laryngologiczne /otolaryngologiczne /foniatryczne choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

.....
.....

2. Rodzaj uszkodzenia słuchu – **przewodzeniowy / odbiorczy / mieszany***

.....

3. Czas, w którym nastąpiło uszkodzenie słuchu

4. Rodzaj niedosłuchu – **jednostronny / obustronny***

5. Stopień uszkodzenia słuchu – **lekki / umiarkowany / znaczny / głęboki***, w tym:

.....

• dla ucha prawego - dB – niedosłuch w stopniu

• dla ucha lewego - dB – niedosłuch w stopniu

Moment wyposażenia dziecka w aparaty słuchowe lub wszczepienie implantu ślimakowego:

.....

6. Określenie niepełnosprawności dziecka lub ucznia:

niesłyszące / słabosłyszące*

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)