

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę: audiologii / foniatrii / otolaryngologii dla potrzeb zespołu orzekającego publicznej poradni psychologiczno- pedagogicznej (dotyczy postępowanie w sprawie kształcenia specjalnego/ wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka)

I. Dane dziecka

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data urodzenia / PESEL:
3. Adres zamieszkania:
4. Leczony(a) laryngologicznie / audiologicznie od:
5. Zaaparatowany: tak / nie (od kiedy?):

II. Rozpoznanie medyczne

1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z kodem ICD

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

III. Diagnoza audiologiczna/otolaryngologiczna

1. Ubytek słuchu
 - Ucho prawe.....
 - Ucho lewe.....
2. Rodzaj ubytku słuchu (przewodzeniowy, odbiorczy, mieszany)
3. Stopień ubytku słuchu (lekki/umiarkowany/ znaczny/ głęboki/)
4. Zaopatrzenie protetyczne
 - Aparat słuchowy.....
 - Implant ślimakowy.....
 - System FM/ inne wspomagające.....

IV. Dodatkowe zaburzenia w funkcjonowaniu narządu słuchu:

.....

V. Zalecenia dla procesu kształcenia

- wydłużenie czasu pracy: wymaga / nie wymaga
- miejsce w pierwszej ławce: wymaga / nie wymaga
- dostosowanie programu nauczania: wymaga / nie wymaga
- zalecane formy komunikacji:.....
- inne wskazania:.....

VI. Prognoza dotycząca leczenia:

.....
.....

VII. Kwalifikacja:

Dziecko/uczeń zalicza się do grupy

Osób słabosłyszących: TAK / NIE (właściwe podkreślić)

Osób niesłyszących: TAK/ NIE (właściwe podkreślić)

Kwalifikacja wskazuje / nie wskazuje na potrzebę objęcia ucznia kształceniem specjalnym/wwr* (właściwe podkreślić)

miejsowość i data

pieczętka i podpis lekarza