............................................... ........................................................  
 pieczęć placówki medycznej miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNIA  
Z WADĄ SŁUCHU**

*Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).*

**Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista (laryngolog, audiolog) lub lekarz podstawowej  
opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

Imię i nazwisko dziecka / ucznia: ..............................................................................................  
PESEL □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □  
Data i miejsce urodzenia:..........................................................................................................

Miejsce zamieszkania:..................................................................................................................

**Diagnoza medyczna:**  
1. Aktualny stan słuchu, stopień ubytku i poziom w dB:  
• ucho prawe................................................................................................................................  
• ucho lewe...................................................................................................................................  
2. Typ niedosłuchu:  
.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................  
3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie:  
.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................  
4. Dodatkowe schorzenia i utrudnienia:  
.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................  
5. Pacjent jest dzieckiem / uczniem\*:  
• niedosłyszącym (stopień uszkodzenia lekki),  
• słabosłyszącym (stopień uszkodzenia umiarkowany i znaczny),  
• niesłyszącym (stopień uszkodzenia głęboki).

6. Rokowania:  
.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................

………………………………….  
 podpis i pieczęć specjalisty