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