

.....
pieczęć placówki medycznej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNI 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