

.....
(pieczęć placówki zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA
laryngologa/otolaryngologa

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ostródzie

(Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Dz. U. Nr 1734 z dnia 14.09.2017r.)

Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzeniaMiejsce urodzenia

PESEL _ _ _ _ _

Adres zamieszkania

.....

Przedszkole/szkołaKlasa/Oddział

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

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

2) Stopień ubytku słuchu/poziom w dB

UCHO PRAWE:

UCHO LEWE:

3) Opis przebiegu choroby, czas zdiagnozowania wady słuchu, rokowania:

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

4) Jakich środków pomocniczych/sprzętu potrzebuje dziecko:

.....

.....

.....

.....

.....

5) Wpływ uszkodzenia słuchu na przebieg procesu edukacji:

.....

.....

.....

.....

6) Zalecenia do pracy z dzieckiem w szkole/przedszkolu:

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza