

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**NEUROLOGA DZIECIĘCEGO, LEKARZA ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU
RUCHU LUB REHABILITACJI MEDYCZNEJ***

**zawierające orzeczenie o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ostródzie**

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 428) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych z uwagi na stan zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203).

1. Dane dziecka

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia PESEL:

Miejsce zamieszkania

2. Rozpoznanie medyczne

a) rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

KOD ICD:

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

3. Opis przebiegu choroby/problemu zdrowotnego i dotychczasowego leczenia (czas i przebieg leczenia, ocena wyników leczenia, rokowania, w tym możliwość poprawy):

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

4. Wyniki badań istotne dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby/problemu zdrowotnego, a w szczególności ich wpływ na przebieg procesu uczenia się dziecka/ucznia:

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

* Właściwe podkreślić.

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, środki pomocnicze, sprzęt specjalistyczny – ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

6. Dziecko/ uczeń w opinii lekarza specjalisty wymaga stosowania specjalnej nauki i metod pracy (kształcenie specjalne): TAK/NIE*

7. Wymagane dostosowanie metod pracy w przedszkolu/szkole ze względu na obecne funkcjonowanie dziecka:

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

8. W związku z ubieganiem się pacjenta o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego albo opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka **udostępniam kopie dokumentacji medycznej z leczenia choroby lub problemu zdrowotnego**, zawierającą informację o czasie i przebiegu leczenia [§ 6 ust. 6 pkt 2 rozporządzenia].

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty lub
lekarza w trakcie specjalizacji**)

* Właściwie podkreślić.

** Lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§ 6 ust. 13 rozporządzenia).