

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia dziecka lub ucznia
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Ostródzie

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data urodzenia)

.....
(miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie:

Choroba podstawowa – rodzaj niepełnosprawności, kod ICD:

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

Choroby współistniejące, kod ICD:

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

(od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną, ocena wyników leczenia, rokowania, możliwość poprawy)

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

4. Wskazania lekarskie dotyczące funkcjonowania dziecka:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)