

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE – DIAGNOSTYKA DYSFUNKCJI SŁUCHU

na potrzeby orzecznictwa w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Proszowicach

Podstawa prawa – Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2017r., poz. 59)

Rozp. MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1743)

Rozp. MEN z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. z 2017r., poz. 1578)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania.....

Szkoła, klasa.....

1. Diagnoza – rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego z podaniem oznaczenia alfanumerycznego **według klasyfikacji ICD**

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

2. Opis przebiegu dotychczasowego leczenia (od kiedy dziecko/uczeń posiada dokumentację medyczną dot. problemów ze słuchem, ocena wyników zastosowanego leczenia, wyniki audiogramu, możliwości poprawy słuchu)

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

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

3. Wpływ uszkodzenia słuchu na rozwój i funkcjonowanie w szkole

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

4. Czy dysfunkcja słuchu kwalifikuje dziecko/ucznia (proszę podkreślić) do:

- osób słabosłyszących
- osób niesłyszących
- do żadnych z powyższych

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

