

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
(do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub do wczesnego wspomaganie rozwoju)

(wydaje lekarz psychiatra lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)
działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. Nr 173 p.1072); Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. Nr 228, p.1490 z póź.zm.), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2014r., p.1157) w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Proszowicach, Proszowice ul. Kolejowa 10

Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL

Adres zamieszkania Kod pocztowy

Przedszkole/szkoła Klasa

I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:

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

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

Początek choroby – jak wpływa na funkcjonowanie pacjenta:

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia (np. hospitalizacje, leki, terapie):

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

Wpływ choroby na inne narządy i układy (np. otyłość, problemy skórne, uszkodzenie CUN, itp.):

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

Prognozowanie dalszego leczenia w formie farmakoterapii i/lub terapii

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

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza