Pieczątka placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ZAWIERAJĄCE ORZECZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA SŁABOSŁYSZĄCEGO LUB NIESŁYSZĄCEGO NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

(działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026r., poz. 428)

WYPEŁNIA LEKARZ SPECJALISTA W DZIEDZINIE AUDIOLOGII, FONIATRII, OTOLARYNGOLOGII DZIECIĘCEJ LUB OTOLARYNGOLOGII

I. Imię i nazwisko dziecka/ucznia……...
Data urodzenia……..
Miejsce zamieszkania……

II. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD ……
……...
……...
……...

III. Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej
- stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu ……..
……...
……...
……...……
……..
……...
……...
……...
……
……..

IV. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia specjalistycznego
……...
……...
……...
……
……..
……...
……
……..
……...
……...
……
……..

V. Ocena wyniku leczenia i rokowania ……
……...
……
……..

……...
……
……..
……...
……
……..
……...
……
……..

VI. Niezbędny w procesie kształcenia dziecka słabosłyszącego lub niesłyszącego sprzęt specjalistyczny, w tym urządzenia wspomagające słyszenie i odbiór audiowizualny

……...
……
……..
……...
……
……..
……...
……
……..
……...
……
……..

VII. Czy w związku z powyższym dziecko wymaga objęcia kształceniem specjalnym */właściwe podkreślić/*

Tak / Nie

…….
……
Miejscowość, data *Pieczątka i podpis lekarza*

Oświadczenie lekarza w trakcie specjalizacji

Oświadczam, że zaświadczenie wydaję 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).

.....… .....
Pieczątka i podpis lekarza Miejscowość, data