

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza
praktykującego indywidualnie)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
SPECJALISTY LARYNGOLOGA
o stanie zdrowia dziecka / ucznia
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Makowie Mazowieckim

Dane dziecka:

Imię i nazwisko ur.

Miejsce zamieszkania

Diagnoza (aktualny stan słuchu, stopień ubytku słuchu i poziom w dB):

ucho prawe:.....

.....

ucho lewe:.....

.....

Typ niedosłuchu:

.....

Audiogram w załączeniu (przy uszkodzonym słuchu):

.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

.....

.....

.....

.....

Rokowania

.....

.....

.....

Pacjent jest dzieckiem/ucznem (właściwe podkreślić):

- a) słabosłyszącym
- b) niesłyszącym
- c) prawidłowo słyszącym

Wpływ uszkodzenia na rozwój dziecka/ucznia i jego funkcjonowanie w szkole/przedszkolu:

.....

.....

.....

.....

Czy dziecko/uczeń wymaga środków pomocniczych, dostosowanych warunków pracy i nauki - jakich? (np.: aparat słuchowy, system Fm, określone miejsce siedzenia w klasie i inne)

.....

.....

.....

.....

Określenie czasu, w którym dziecko/uczeń wymaga kształcenia specjalnego (okres roku szkolnego/etapu edukacyjnego):

.....

Inne szczegółowe zalecenia:

.....

.....

.....

.....

.....
/miejsowość, data/

.....
/podpis lekarza/