Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej Data …………...……............

Nr identyfikacyjny, REGON

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OTOLARYNGOLOGA**

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Miejskiej Poradni – Pedagogicznej w Krośnie**

**w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**

**ze względu na niepełnosprawność: słabosłyszenie lub niesłyszenie**

1. Imię i nazwisko dziecka/ucznia …….....................................................................................................

data i miejsce urodzenia: ..........................................................................................................................

miejsce zamieszkania: ……........................................................................................................................

**1.** Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

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

**2. Wynik badania**

**a) głębokość ubytku słuchu –** poziom w dB**:**

ucho prawe ……………………………………………………………………………………………….

ucho lewe ……………………………………..………………………………………………………….

**b) uszkodzenie słuchu ( wg klasyfikacji BIAP ):**

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

**3.** **Funkcjonalny stan narządu słuchu** (ograniczenia w funkcjonowaniu, które utrudniają naukę): ……...…………..………………………...................................................................................................

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

1. występuje uszkodzenie słuchu, które powoduje konieczność stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy - **ze względu na niepełnosprawność** \*
2. występują odchylenia i zaburzenia rozwojowe, których podłożem są specyficzne trudności
i zaburzenia funkcji poznawczych \*

\* *właściwe podkreślić:*

**4.** **Zalecenia lekarskie dla nauczycieli** wynikające ze stanu zdrowia i leczenia ……………………….

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

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

 …..……………………………….

 *podpis i pieczęć lekarza*