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

Nr identyfikacyjny, REGON

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OTOLARYNGOLOGA**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Miejskiej Poradni – Pedagogicznej w Krośnie

w sprawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

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

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

Data urodzenia: ........................................................................................................................................

**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): ……...…………..………………………...................................................................................................

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

**4.** **Zalecenia lekarskie dla nauczycieli** wynikające ze stanu zdrowia:

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

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

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

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

…..……………………………….

*podpis i pieczęć lekarza*