

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
Nr identyfikacyjny, REGON

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OTOLARYNGOLOGA, AUDIOLOGA, FONIATRY
dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Miejskiej Poradni Psychologiczno – 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) rodzaj uszkodzenia słuchu :

.....

3. Ocena funkcjonalna słyszenia (ograniczenia w funkcjonowaniu, które utrudniają naukę):

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

4. Zalecenia lekarskie dla nauczycieli wynikające ze stanu zdrowia:

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

.....
podpis i pieczęć lekarza