

.....
(pieczęćka placówki)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dot. dziecka/ uczennicy/ ucznia z niepełnosprawnością narządu słuchu)

Wypełnia lekarz audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii.

Status: ☐ **specjalista**

- ☐ **lekarz w trakcie specjalizacji** - wydający zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczennicy / uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rybniku w celu orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego i/ lub wczesnego wspomagania rozwoju

(Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające z publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych).

Dane dziecka / uczennicy / ucznia
Imię (imiona) i nazwisko:
Data i miejsce urodzenia:
PESEL (lub nr dowodu tożsamości):
Adres zamieszkania:

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD wraz z rokowaniem:
Kod ICD

Rozpoznanie współistniejące:
Kod ICD

Rodzaj uszkodzenia słuchu:

przewodzeniowy ☐

odbiorczy ☐

mieszany ☐

Rodzaj niedosłuchu:

jednostronny ☐

obustronny ☐

Stopień uszkodzenia słuchu w decybelach:

ucho prawe

ucho lewe

Dziecko / uczennica / uczeń jest osobą NIEPEŁNOSPRAWNĄ – SŁABOSŁYSZĄCĄ.

TAK ☐ **NIE** ☐ (właściwe zaznaczyć)

Dziecko / uczennica / uczeń jest osobą NIEPEŁNOSPRAWNĄ – NIESŁYSZĄCĄ.

TAK ☐ **NIE** ☐ (właściwe zaznaczyć)

Zalecane wyroby medyczne do korekcji słuchu: aparat słuchowy na jedno ucho / dwoje uszu, implant ślimakowy, inne.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)