

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA

o stanie zdrowia dziecka/ ucznia/ uczennicy* dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wieluniu wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych indywidualnych/ grupowych*, wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia.....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):

.....
.....

ICD -

--

1.1 Rozpoznanie **okulistyczne**/lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego (kształcenie specjalne dla uczniów niewidzących, słabo widzących, niepełnosprawność sprzężona)

.....
.....

Ostrość wzroku do dali:

bez korekcji: OP z optymalną korekcją OP

OL (wartość korekcji): OL.....

Ostrość wzroku do bliży:

Bez korekcji: OP z optymalną korekcją OP

OL (wartość korekcji): OL.....

Pole widzenia

Określenie niepełnosprawności dziecka lub ucznia:

(prosimy określić rozpoznany rodzaj niepełnosprawności – prosimy podkreślić właściwe)

a) niewidzące

b) słabowidzące

1.2 Rozpoznanie **laryngologiczne /otolaryngologiczne /foniatryczne** lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego (kształcenie specjalne dla uczniów niesłyszących, słabo słyszących, niepełnosprawność sprzężona)

Rodzaj uszkodzenia słuchu – przewodzeniowy / odbiorczy / mieszany

.....

Czas, w którym nastąpiło uszkodzenie słuchu

Rodzaj niedosłuchu – jednostronny / obustronny

Stopień uszkodzenia słuchu – lekki / umiarkowany / znaczny / głęboki

....., w tym

dla ucha prawego - dB – niedosłuch w stopniu

dla ucha lewego - dB – niedosłuch w stopniu

Moment wyposażenia dziecka w aparaty słuchowe lub wszczepienie implantu ślimakowego

.....

Określenie niepełnosprawności dziecka lub ucznia:

(prosimy określić rozpoznany rodzaj niepełnosprawności – prosimy podkreślić właściwe)

a) niesłyszące

b) słabosłyszące

1.3 Rozpoznanie **psychiatryczne/lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego** (autyzm, zespół Aspergera)

.....

.....

Określenie niepełnosprawności dziecka lub ucznia:

(prosimy określić rozpoznany rodzaj niepełnosprawności – prosimy podkreślić właściwe)

a) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją

b) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera

c) zagrożenie niedostosowaniem społecznym

d) niedostosowane społeczne

1.4 Rozpoznanie **neurologiczne lub innych specjalizacji lekarskich lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego** (niepełnosprawność ruchowa w tym afazja, niepełnosprawność sprzężona)

.....

.....

1.5 Rozpoznanie na potrzeby **wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych indywidualnych/grupowych** *(dla dzieci/uczniów z niepełnosprawnością w stopniu głębokim)

.....

.....

Okres trwania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (nie dłuższy niż 5 lat).....

.....

.....

*podkreśl właściwe

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)