

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wieluniu
(PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA)

orzeczenie pierwszorazowe

orzeczenie powtórne

(prosimy zaznaczyć właściwe)

Na podstawie art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i dentysty (Dz. U. z 2026 poz. 37 i 203) orzekam, że:

U

(imię/imiona i nazwisko dziecka)

urodzonego/ej dnia..... **W**

nr PESEL(a w przypadku osoby, która nie posiada nr PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)

1. Występuje następująca choroba lub inny problem zdrowotny, wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

1.1.Rozpoznanie wydane przez specjalistę w dziedzinie medycyny neurologia, neurologia dziecięca na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

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

1.2.Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

1.4.Ocena wyników leczenia i rokowania:

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza neurologa dziecięcego*)

*zaświadczenie może być wydane także przez lekarza w trakcie specjalizacji, lekarz ten wydaje zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych