

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OTOLARYNGOLOGA
dla potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Łąncucie**

Imię i nazwisko pacjenta

ur..... zam.....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).....
.....
.....

2. Rodzaj ubytku słuchu

3. Głębokość ubytku słuchu - poziom w dB

a. ucho prawe

b. ucho lewe

4. Wg klasyfikacji BIAP uszkodzenie słuchu w stopniu

5. Konieczny sprzęt specjalistyczny i przystosowanie środowiska nauki
.....
.....
.....

6. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka, które utrudniają mu naukę
.....
.....
.....
.....

7. Zalecenia lekarskie dla nauczycieli wynikające ze stanu zdrowia i leczenia
.....
.....
.....

Podpis i pieczęć lekarza