

Szczecinek, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

W PORADNI PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNEJ W SZCZECINKU

w sprawie wydania

opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju

I. DANE DZIECKA:

.....
imię (imiona) i nazwisko dziecka lub ucznia;

.....
datę i miejsce urodzenia dziecka lub ucznia;

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer PESEL dziecka lub ucznia, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego jego tożsamość;

.....
adres zamieszkania dziecka lub ucznia;

II. ROZPOZNANIE CHOROBY LUB INNEGO PROBLEMU ZDROWOTNEGO DZIECKA KTÓRE POWODUJĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ:

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

ICD

--

III. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

- niesłyszenie
- słabesłyszenie
- niewidzenie
- słabewidzenie
- niepełnosprawność ruchowa, w tym z afazja
- niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim
- niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym
- niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym
- autyzm, w tym z zespół Aspergera

IV. OGRANICZENIA W FUNKCJONOWANIU DZIECKA WYNIKAJĄCE ZE STWIERDZONEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. POTRZEBY DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO W ZAKRESIE SPRZĘTU SPECJALISTYCZNEGO/ ŚRODKÓW DYDAKTYCZNYCH/ TECHNOLOGII INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNYCH:

.....

.....

.....

.....

VI. ROKOWANIA:

.....

.....

.....

.....

VII. CHOROBY WSPÓŁWYSTĘPUJĄCE:

.....

.....

.....

.....

.....

Pieczętka i podpis lekarza