

pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE dla potrzeb zespołu orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rykach
dotyczy przyznania kształcenia specjalnego dla ucznia/dziecka niesłyszącego/słabosłyszącego
Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026r. , poz. 428

Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie audiologii, foniatrii, otolaryngologii

Imię i nazwisko dziecka/ucznia
Data i miejsce urodzenia.....
PESEL
Adres zamieszkania dziecka/ucznia.....

1. Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej ICD

.....
.....

2. Aktualny stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu)

Ucho prawe:.....
.....
.....

Ucho lewe:.....
.....
.....

Typ niedosłuchu:.....
.....

3. Czy dziecko/ uczeń spełnia kryteria diagnostyczne pozwalające zaliczyć je do:

- Słabosłyszących **TAK /NIE**
- Niesłyszących **TAK/ NIE**

4. Ocena funkcjonalna słyszenia, wpływ uszkodzenia słuchu na funkcjonowanie dziecka/ucznia:

Czy u dziecka/ucznia stwierdza się następujące trudności:

- trudności w rozumieniu mowy, szczególnie w hałasie TAK/NIE
- konieczność częstego powtarzania poleceń TAK/NIE
- obniżona zdolność koncentracji przy wysiłku słuchowym TAK/NIE
- możliwe opóźnienia w rozwoju mowy i języka TAK/NIE
- trudności w lokalizacji źródła dźwięku TAK/NIE

Czy powyższe ograniczenia wpływają na funkcjonowanie dziecka/ucznia w środowisku przedszkolnym/szkolnym i utrudniają pełne uczestnictwo w zajęciach dydaktycznych?

.....
.....

5. Współwystępujące choroby lub deficyty

.....
.....

6 . Informacje o protezowaniu słuchu:

Dziecko korzysta z:

- aparatów słuchowych (ucho: P / L / obustronnie)
- implantu ślimakowego (ucho: P / L / obustronnie)
- systemu FM

7. Rokowania, zalecenia i przeciwwskazania

.....
.....

miejsowość, data

pieczętka i podpis lekarza