

.....
(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące dziecka/ucznia słabosłyszącego lub niesłyszącego

dla potrzeb postępowania diagnostycznego i orzeczniczego

w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Gliwicach

ZAŚWIADCZENIE W PRZYPADKU NIESŁYSZENIA ALBO SŁABEGO SŁYSZENIA WYDAJE

lekarz specjalista albo lekarz w trakcie specjalizacji* w dziedzinie:

audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej, otolaryngologii

Dane dziecka/ucznia:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: PESEL:

- 1. Rozpoznanie z uwzględnieniem: charakterystyki klinicznej jednostki chorobowej (wraz z oznaczeniem alfanumerycznym wg obowiązującej klasyfikacji ICD), rodzaju uszkodzenia słuchu i stopnia ubytku słuchu:**

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

Rodzaj wykonanych badań (odpowiednio do wieku i możliwości dziecka):

☐ audiometria tonalna ☐ audiometria impedancyjna ☐ OAE ☐ ABR/BERA ☐ ASSR ☐

inne:

.....

☐ Aktualne wyniki badań słuchu/audiogram załączono do zaświadczenia.

- 2. Czas wystąpienia/rozpoznania uszkodzenia słuchu, przebieg choroby i dotychczasowego leczenia**

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

3. Protezowanie słuchu i sprzęt specjalistyczny

Dziecko/uczeń korzysta z:

☐ aparat słuchowy – prawe ucho ☐ aparat słuchowy – lewe ucho

☐ implant ślimakowy – prawe ucho ☐ implant ślimakowy – lewe ucho

☐ implant / urządzenie na przewodnictwo kostne

☐ system mikrofonu zdalnego / system wspomagający słyszenie

☐ inne:

☐ nie korzysta

4. Aktualny i planowany proces leczenia / dalsza diagnostyka / rehabilitacja

.....

.....

.....

.....

5. Zalecenia

Zalecenia medyczne istotne dla funkcjonowania dziecka/ucznia, w tym dotyczące dalszego leczenia, diagnostyki, rehabilitacji oraz korzystania ze sprzętu specjalistycznego:

.....

.....

.....

.....

Data:

Pieczęć i podpis lekarza:

*lekarz w trakcie specjalizacji udzielający dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych