

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA
W KONSTANTYNOWIE ŁÓDZKIM**

95-050 Konstantynów Łódzki ul. Jana Pawła II 44 tel. (42) 211-12-48, 510-720-995
www.pppkonstantynow.pl e-mail: sekretariat@pppkonstantynow.pl

.....
(pieczęć przychodni/gabinetu lekarskiego)

**Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia dziecka/ucznia**

(do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii WWR)

I. DANE DZIECKA/UCZNIA

Imię (imiona) i nazwisko:

.....

Data i miejsce urodzenia:

.....

PESEL:

.....

II. DANE LEKARZA

Imię i nazwisko:

.....

Dziedzina medycyny (specjalizacja):

.....

☐ lekarz specjalista

☐ lekarz w trakcie specjalizacji

Numer prawa wykonywania zawodu (PWZ):

.....

III. PODSTAWA WYDANIA ZAŚWIADCZENIA

Zaświadczenie wydaje się na podstawie:

☐ dokumentacji medycznej

☐ badania pacjenta

☐ dokumentacji leczenia specjalistycznego

IV. ROZPOZNANIE

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego:

.....

Kod ICD:

.....

V. KATEGORIA PROBLEMU ZDROWOTNEGO

(właściwe zaznaczyć – zgodnie z rozpoznaniem)

- ☐ niewidzenie / słabe widzenie
- ☐ niesłyszenie / słabe słyszenie
- ☐ niepełnosprawność ruchowa (w tym afazja)
- ☐ autyzm (w tym zespół Aspergera)
- ☐ niepełnosprawności sprzężone

VI. POTWIERDZENIE WŁAŚCIWEJ DZIEDZINY MEDYCYNY

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje w dziedzinie medycyny właściwej dla rozpoznanego problemu zdrowotnego, tj.:

- ☐ okulistyka *(dla niewidzenia / słabego widzenia)*
- ☐ audiologia / foniatria / otolaryngologia / otolaryngologia dziecięca *(dla niesłyszenia / słabego słyszenia)*
- ☐ neurologia dziecięca / ortopedia i traumatologia narządu ruchu / rehabilitacja medyczna *(dla niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji)*
- ☐ psychiatria dzieci i młodzieży / psychiatria *(dla autyzmu, w tym zespołu Aspergera)*

VII. OPIS STANU ZDROWIA I FUNKCJONOWANIA

(opis powinien uwzględniać wpływ rozpoznania na funkcjonowanie dziecka, w szczególności w kontekście edukacyjnym)

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

VIII. DODATKOWE INFORMACJE (opcjonalnie)

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

IX. PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Data wystawienia:

POUCZENIE:

Zaświadczenie powinno być wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny właściwej dla rodzaju problemu zdrowotnego dziecka lub ucznia oraz zawierać rozpoznanie wraz z kodem ICD.