



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w przypadku niesłyszania, słabego słyszenia (wypełnia lekarz specjalista z zakresu audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii)*

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Cieluchowie, działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2026.poz. 428)

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia)

PESEL

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

.....
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

.....
(Nazwa i adres przedszkola/szkoły, oznaczenie gr., klasy)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) (§6 ust.6 pkt. 1a rozporządzenia)

Kod ICD 10

--

Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej (aktualny stan słuchu, stopień ubytku słuchu i poziom w dB):

Ucho prawe

.....

.....

Ucho lewe

.....

.....

.....
* zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę (psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii) albo lekarza w trakcie specjalizacji , przy czym lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust.6 pkt.1d i 13 rozporządzenia)

Typ niedosłuchu:

☐ wrodzony ☐ nabyty

Kryteria diagnostyczne pozwalają zaliczyć dziecko/ucznia do :

- Słabosłyszących TAK ☐ NIE ☐
- Niesłyszących TAK ☐ NIE ☐

.....
.....

Wpływ uszkodzenia słuchu na rozwój dziecka/ucznia i jego funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

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

Zalecenia do pracy z dzieckiem/uczniem, w tym konieczność wykorzystania sprzętu i środków pomocniczych w procesie wychowania przedszkolnego/edukacji (np. aparat słuchowy, system FM, itp.):

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

☐ lekarz specjalista

☐ lekarz w trakcie specjalizacji

(miejscowość, data)

(pieczęć placówki medycznej)

(pieczęć i podpis lekarza)