



**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W ZWOLENIU**  
**ul. Kościuszki 39**  
**26-700 Zwolen**  
**telefon: 48 676 26 13**

**poradnia@zwolenpowiat.pl**  
**www.pppzwolen.pl**  
**REGON: 672894758**

.....  
pieczęć placówki medycznej

.....  
miejscowość, data

## **ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNIA Z WADĄ SŁUCHU**

*Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).*

**Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista (laryngolog, audiolog) lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

Imię i nazwisko dziecka / ucznia: .....

PESEL

Data i miejsce urodzenia: .....

Miejsce zamieszkania: .....

### **Diagnoza medyczna:**

#### **1. Aktualny stan słuchu, stopień ubytku i poziom w dB:**

- ucho prawe.....
- ucho lewe.....

#### **2. Typ niedosłuchu:**

.....  
.....

#### **3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie:**

.....  
.....

**4. Dodatkowe schorzenia i utrudnienia:**

.....  
.....

**5. Pacjent jest dzieckiem / uczniem\*:**

- niedosłyszącym (stopień uszkodzenia lekki),
- słabosłyszącym (stopień uszkodzenia umiarkowany i znaczny),
- niesłyszącym (stopień uszkodzenia głęboki).

**6. Rokowania:**

.....  
.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\* właściwe podkreślić