



.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNIA
W PRZYPADKU NIESŁYSZENIA ALBO SŁABEGO SŁYSZENIA**

**na potrzeby Zespołu Orzekającego
w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
i/lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju***

na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026, poz.428)

**(wydaje lekarz audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii
lub lekarz w trakcie specjalizacji w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne
lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych
ze środków publicznych)**

Imię/imiona i nazwisko dziecka/ucznia:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

**1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem
alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową
Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:**

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

2. Stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu:

- ucho prawe:
- ucho lewe:

3. Typ uszkodzenia słuchu:

.....
.....

*właściwe podkreślić

4. Dysfunkcja słuchu kwalifikuje dziecko/ucznia*:

- do osób słabosłyszących;
- do osób niesłyszących;
- do żadnych z powyższych.

5. Opis przebiegu choroby i wpływ problemu zdrowotnego na codzienne funkcjonowanie:

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

6. Ocena funkcjonalna słyszenia:

.....
.....

7. Rokowania:

.....
.....

8. Zalecana terapia, wyposażenie w urządzenia wspomagające słyszenie i odbiór audiowizualny:

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

Audiogram w załączeniu.

.....
miejscowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

Dotyczy lekarza w trakcie specjalizacji:

Oświadczam, że zaświadczenie wydaję w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
miejscowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

*właściwe podkreślić