

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wypełnia lekarz audiolog, foniatra, otolaryngolog dziecięcy lub otolaryngolog)  
dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce ur. ....

Pesel .....

Miejsce zamieszkania .....

1. Rozpoznanie laryngologiczne /otolaryngologiczne /foniatryczne choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

.....

2. Rodzaj uszkodzenia słuchu –*przewodzeniowy / odbiorczy / mieszany\**

.....

3. Czas, w którym nastąpiło uszkodzenie słuchu .....

.....

4. Rodzaj niedosłuchu –*jednostronny / obustronny\**

5. Stopień uszkodzenia słuchu –*lekki / umiarkowany / znaczny / głęboki\**, w tym:

.....

• dla ucha prawego -..... dB – niedosłuch w stopniu .....

• dla ucha lewego -..... dB – niedosłuch w stopniu .....

Moment wyposażenia dziecka w aparaty słuchowe lub wszczepienie implantu ślimakowego:

.....

6. Określenie niepełnosprawności dziecka lub ucznia:

**niesłyszące / słabosłyszące\***

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza)

\*podkreślić właściwe