



**Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych
Powiatu Żarskiego**

68-200 Żary, ul. Wrocławska 5, tel/fax 68 479 43 83
68-300 Lubsko, ul. Pokoju 1c, tel/fax 68 459 77 33, 35-34

e-mail: sekretariat@pppzary.pl
e-mail: lubsko@pppzary.pl
www.pppzary.pl

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/ucznia

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

I. DANE DZIECKA/UCZNIA

Imię (imiona) i nazwisko:

.....

Data 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 MEDYCZYNY

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



**Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych
Powiatu Żarskiego**

68-200 Żary, ul. Wrocławska 5, tel/fax 68 479 43 83
68-300 Lubsko, ul. Pokoju 1c, tel/fax 68 459 77 33, 35-34

e-mail: sekretariat@pppzary.pl
e-mail: lubsko@pppzary.pl
www.pppzary.pl

- 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.