

.....
(pieczęć placówki zdrowia)

.....
(miejscowość i data)

DIAGNOZA LARYNGOLOGICZNA
dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lęborku

(Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14.09.2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych Dz. U. Nr 1734 z dnia 14.09.2017r.)

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data urodzenia)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

1. ROZPOZNANIE (typ niedosłuchu/audiogram w załączeniu przy uszkodzonym słuchu) wraz z oznaczeniem zgodnym z obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:

ICD- _____

2. STOPIEŃ UBYTKU SŁUCHU / POZIOM W dB

- **ucho prawe**

- **ucho lewe**

3. Czy dziecko jest: (właściwe podkreślić).

- **prawidłowo słyszące,**
- **ślabosłyszące,**
- **niesłyszące.**

4. Czas zdiagnozowania wady słuchu, rehabilitacja, rokowania

.....

.....

.....

.....

5. Wpływ uszkodzenia słuchu na przebieg procesu edukacji

.....

.....

.....

.....

.....

6. Czy dziecko wymaga specjalnej organizacji nauki oraz środków pomocniczych?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(pieczętka i podpis lekarza)