

.....
/pieczęć placówki medycznej/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

Wypełnia się dla dzieci/uczniów, wobec których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego / zajęć rewalidacyjno - wychowawczych / wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię i Nazwiskour.....

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie medyczne wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

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

2. Stopień obniżenia ostrości wzroku (właściwe zaznaczyć)

- ☐ wzrok w granicach normy
- ☐ dziecko słabowidzące
- ☐ dziecko niewidome

3. Ocena:

- Ostrości widzenia do dali i do bliży bez korekcji

.....

- Ostrości widzenia do dali i do bliży po korekcji

.....

- Pola widzenia

.....

- Widzenia obuocznego

.....

- Zaburzeń konwergencji

.....

- Daltonizmu

.....

4. Informacje o czasie i przebiegu leczenia. Ocena leczenia i rokowania

.....

.....

.....

.....
.....
**5. Wskazania do zaopatrzenia dziecka w oprzyrządowanie (pomoce optyczne i nieoptyczne);
wskazania do wykorzystania technologii wspomagających.**

.....
.....
.....
.....
.....
6. Ograniczenia wynikające z powyższego rozpoznania.

.....
.....
.....
.....
.....
**7. Ocena funkcjonalnego widzenia - wykorzystanie wzroku w naturalnych zadaniach i
codziennych czynnościach, w tym w warunkach typowych dla procesu edukacyjnego oraz
aktywności życia codziennego.**

.....
.....
.....
.....
.....
8. Inne bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie dziecka/ucznia

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)