

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ
W GRYFINIE I FILII W CHOJNIE DLA DZIECKA / UCZNIA Z **AFAZJĄ**.

załącznik do wniosku o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia:											
Data i miejsce urodzenia:											
Numer PESEL:											

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym,
zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów
Zdrowotnych (ICD)

.....
kod rozpoznania.....

CHARAKTERYSTYKA KLINICZNA JEDNOSTKI CHOROBOWEJ

1. Typ afazji:

.....

2. Objawy towarzyszące:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Rokowania:

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)*

*§ 6 ust. 6 pkt 1 b) - lekarz specjalista albo lekarz w trakcie specjalizacji, w dziedzinie neurologii dziecięcej,

*§ 6 ust. 13 zaświadczenie, o którym mowa w ust. 6, wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji, lekarz ten wydaje w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,