…………………………………… ………………………………..

pieczątka placówki medycznej data.

**Zaświadczenie laryngologiczne dla celów wydania**

**opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju /**

**orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**

# Imię i nazwisko dziecka……………….……………………………………………………….

# Data urodzenia dziecka ……………..………………………………………………………...

# Adres zamieszkania dziecka …..……………………………………………………………...

2. Czas objęcia dziecka opieką laryngologiczną ………………………………………………….

3. Diagnoza główne

 ………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UCHO PRAWE** | **UCHOLEWE** |
| **Stopień ubytku słuchu w dB** |  |  |
| **Przewodnictwo kostne** |  |  |
| **Przewodnictwo powietrzne** |  |  |
| **Rodzaj uszkodzenia słuchu**  |  |  |
| **Stopień uszkodzenia słuchu**  |  |  |

1. Czas powstania wady słuchu: ………………………………………………………………….

5.Informacja o zalecanych środkach technicznych wspomagajacych słyszenie: ……………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

6. Dodatkowe zaburzenia funkcji słuchowych ………………….………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………. 7.Uwagi, informacje dodatkowe, rokowania, zalecenia:

…………………………………………………………………..…………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

**Proszę do zaświadczenia załączyć audiogram**

 ………………………….

pieczątka i podpis lekarza