

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### w przypadku niesłyszenia i słabego słyszenia

(wypełnia lekarz specjalista z zakresu audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii)\*

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026, poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

Pesel lub numer dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) (§6 ust.6 pkt. 1b rozporządzenia)

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

Kod ICD 10 ..... lub/i Kod ICD 11 .....

Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej, stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu i ocena funkcjonalna słyszenia:

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty\*

---

\*zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę (audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii), albo lekarza w trakcie specjalizacji, przy czym lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków (§6 ust.6 pkt.1b i 13 rozporządzenia)