



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy przyznania kształcenia specjalnego dla ucznia/dziecka niesłyszącego/słabosłyszącego
(wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji
medycznej leczenia specjalistycznego)

dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kościerzynie, działając na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026 poz. 428) oraz uwzględniającą strukturę ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia), niezbędną do przeprowadzenia rzetelnej oceny funkcjonalnej

I. Dane dziecka

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania dziecka.....

.....

Nazwa i adres

przedszkola/szkoły.....

.....grupa/klasa.....

II. DANE LEKARZA

Imię i nazwisko:

.....

Dziedzina medycyny (specjalizacja):

.....

☐ lekarz specjalista

☐ lekarz w trakcie specjalizacji

1. Diagnoza medyczna

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

Symbol ICD 10

--

Diagnoza (aktualny stan słuchu, stopień ubytku słuchu i poziom w dB)

Ucho prawe:.....

.....

.....

Ucho lewe:.....

.....

.....

Typ niedosłuchu:.....

.....

Czy niedosłuch jest:

☐ stabilny

☐ postępujący

Czy dziecko spełnia kryteria diagnostyczne pozwalające zaliczyć je do:

• Słabosłyszących TAK ☐ NIE ☐

• Niesłyszących TAK ☐ NIE ☐

Współwystępujące choroby lub deficyty

.....
.....

2. Opis przebiegu choroby i leczenia:

Niedosłuch został rozpoznany w wieku

Ma charakter: ☐ wrodzony ☐ nabyty

Dotychczasowe leczenie obejmowało:

.....
.....

Dziecko pozostaje pod opieką specjalistyczną (laryngologiczną/audiologiczną) oraz – w razie potrzeby – logopedyczną i surdopedagogiczną.

.....
.....

3. Informacje o protezowaniu słuchu:

Dziecko korzysta z:

☐ aparatów słuchowych (ucho: P / L / obustronnie)

☐ implantu ślimakowego (ucho: P / L / obustronnie)

☐ systemu FM

Ocena korzyści z protezowania:

.....
.....

4. Wpływ uszkodzenia słuchu na funkcjonowanie dziecka:

Czy u dziecka stwierdza się następujące trudności funkcjonalne:

- trudności w rozumieniu mowy, szczególnie w warunkach hałasu TAK/NIE
- konieczność częstego powtarzania poleceń TAK/NIE
- obniżona zdolność koncentracji przy wysiłku słuchowym TAK/NIE
- możliwe opóźnienia w rozwoju mowy i języka TAK/NIE
- trudności w lokalizacji źródła dźwięku TAK/NIE

Czy powyższe ograniczenia wpływają na funkcjonowanie dziecka w środowisku szkolnym/przedszkolnym i utrudniają pełne uczestnictwo w zajęciach dydaktycznych?

.....
.....

5. Zalecane warunki kształcenia i formy wsparcia:

- zapewnienie miejsca w pierwszej ławce, blisko nauczyciela TAK/NIE
- stosowanie systemów wspomagających słyszenie (np. system FM) TAK/NIE
- ograniczenie hałasu w otoczeniu (dostosowanie akustyczne sali) TAK/NIE
- przekazywanie poleceń w sposób jasny i wspierany wizualnie TAK/NIE
- wydłużenie czasu na wykonanie zadań TAK/NIE
- wsparcie logopedyczne oraz surdopedagogiczne TAK/NIE
- indywidualizację metod nauczania TAK/NIE

6. Rokowania:

Rokowanie dotyczące funkcjonowania słuchowego:

.....
.....

Czy w przypadku systematycznej rehabilitacji i stosowania odpowiedniego wsparcia edukacyjnego

możliwe jest poprawienie funkcjonowania dziecka w środowisku szkolnym?

7. Zalecenia i przeciwwskazania:

Przeciwwskazania medyczne:

Konieczność dalszego leczenia / rehabilitacji:

Inne zalecenia:

Wpływ wady słuchu na funkcjonowanie pacjenta zgodnie z ICF

1. Funkcje i struktury ciała (b/s)

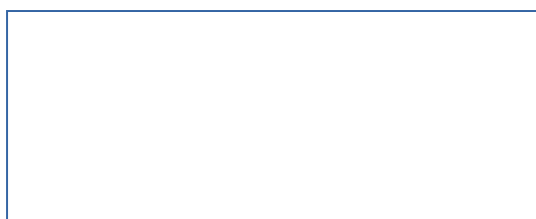
Czy wada słuchu wpływa na:

- **funkcje słuchowe b230** (obniżona zdolność odbioru dźwięków, rozumienia mowy) - TAK/NIE
- **funkcje przedsionkowe b235** (możliwe zaburzenia równowagi) - TAK/NIE
- **struktury ucha s240–s260** (uszkodzenia ucha zewnętrznego, środkowego lub wewnętrznego) - TAK/NIE

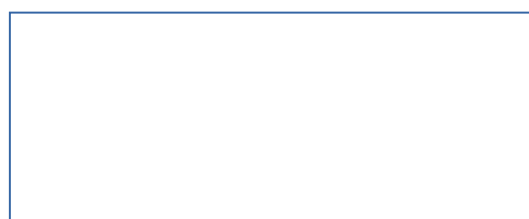
2. Aktywność i uczestnictwo (d)

Wada słuchu ogranicza:

- **komunikowanie się d310–d360** (trudności w rozmowie, korzystaniu z telefonu) - TAK/NIE
- **uczenie się i stosowanie wiedzy d10, d160** (problemy z koncentracją i przyswajaniem informacji słuchowych) - TAK/NIE
- **relacje interpersonalne d710–d770** (utrudnione kontakty społeczne) - TAK/NIE
- **życie zawodowe d840–d859** (ograniczenia w pracy wymagającej komunikacji) - TAK/NIE
- **uczestnictwo społeczne d910–d930** (wycofanie z życia społecznego) - TAK/NIE



.....
(pieczęć placówki medycznej)



.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Data wystawienia:

UWAGA! Zaświadczenia 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.
(Rozporządzenie MEN z dnia 2 marca 2026, Dz.U. 2026 poz.428, § 6 pkt.13)