

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejsowość, data)

## **Diagnoza laryngologiczna**

w celu przedłożenia w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Pleszewie

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

### **1. Rozpoznanie: niesłyszący / słabo słyszający (WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ), typ niedosłuchu**

.....  
.....

### **2. Choroby współistniejące**

.....  
.....

### **3. Określenie stopnia uszkodzenia słuchu:**

**ucho prawe**.....

.....

**ucho lewe** .....

.....

### **4. Przebyte leczenie, operacje laryngologiczne,**

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

### **5. Zalecenia do pracy w szkole (aparaty słuchowe, implant, zalecane warunki edukacyjne rodzaj placówki oraz formy pomocy)**

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)