

[Pieczęć placówki medycznej]

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W OLKUSZU

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE PSYCHIATRYCZNE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego

Miejscowość i data:

DANE DZIECKA/UCZNIA

Imię (imiona) i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

DANE PRZEDSZKOLA/SZKOŁY do której uczęszcza dziecko/uczeń

Nazwa przedszkola/szkoły:

Klasa:

ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Od kiedy pacjent przebywa w leczeniu psychiatrycznym?

Od kiedy pacjent znajduje się w opiece psychiatrycznej
lekarza wystawiającego zaświadczenie?

Oznaczenie w ICD:

Diagnoza (rozpoznanie):	
W przypadku pierwszorazowej diagnozy autyzmu, autyzmu atypowego lub zespołu Aspergera należy podać opis zachowań świadczących o spełnianiu kryteriów ICD-10	
W przypadku zmiany klasyfikacji dotychczasowego rozpoznania należy podać powody, dla których poprzednia diagnoza zostaje zmieniona	

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia	
Ocena wyniku leczenia i rokowania	
Zalecenia	
Zaświadczenie zostało wydane na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.	

[Pieczęćka i podpis lekarza specjalisty lub lekarza POZ]

PODSTAWY PRAWNE

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. Nr 173 p.1072); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. Nr 228, p.1490 z póź.zm.), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2014r., p.1157).