....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie okulistyki

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
poradni psychologiczno-pedagogicznej działającego na podstawie
Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026 r., poz. 428)

1. Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko: ……

Data urodzenia: …… Miejsce urodzenia:……

PESEL: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adres zamieszkania:…….

Przedszkole/szkoła:……..Klasa/Oddział:……

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

KOD ICD: ……

……

……

……

……

3. Choroby współistniejące, kod ICD:
……

……

4. Rodzaj niepełnosprawności*:
- ☐ słabe widzenie
- ☐ niewidzenie

5. Określenie jakości widzenia do bliży przy najlepszej korekcji:

OP …… OL …… OB. …….

6. Określenie jakości widzenia do dali przy najlepszej korekcji:

OP ……..OL ……OB ……..

7. Ubytki pola widzenia:

……

8. Ocena ruchomości gałek ocznych:

……...

.

9. Opis przebiegu choroby/ problemu zdrowotnego i dotychczasowego leczenia (czas i przebieg leczenia, ocena wyników leczenia, rokowania, w tym możliwość poprawy) [§11.1. rozporządzenia]:

……..

……

……..

10. Czy dziecko wymaga stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy (kształcenie specjalne):

TAK/NIE*

11. Czy dziecko potrzebuje sprzętu specjalistycznego? TAK/NIE*

*Jeśli tak, wskazać rodzaj sprzętu specjalistycznego:

……

12. Wyniki badań istotne dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka lub ucznia. Wpływ uszkodzenia wzroku na funkcjonowanie dziecka oraz przebieg procesu edukacyjnego (np. pisanie, czytanie):

……..

……..

……..

13. Dostosowanie metod pracy w szkole/przedszkolu ze względu na obecne funkcjonowanie dziecka (np. odległość od tablicy, oświetlenie, powiększenie druku, przeciwwskazania zdrowotne, itp.):

……

……

……..……

ZAŁĄCZNIKI:

Jednocześnie, w związku ubieganiem się pacjenta o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego albo opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka **udostępniam kopię dokumentacji medycznej z leczenia choroby lub problemu zdrowotnego**, zawierającą informację o czasie i przebiegu leczenia [§ 6 ust. 6 pkt 2) Rozporządzenia]

…… .....

(miejscowość i data) (pieczęć i podpis lekarza specjalisty/ lekarza w trakcie specjalizacji**)

* właściwe podkreślić

** lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§ 6 ust. 13 Rozporządzenia).