

[pieczęć placówki medycznej]

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W MIECHOWIE**

**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 ICD:	
Diagnoza (rozpoznanie):	
W przypadku pierwszorazowej diagnozy autyzmu, autyzmu atypowego lub zespołu Aspergera należy podać opis zachowań świadczących o spełnieniu kryteriów ICD-10.	
W przypadku zmiany kwalifikacji 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.	
[Pieczętka i podpis lekarza specjalisty lub POZ]	
<b>PODSTAWY PRAWNE</b>	
Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 września 2017 r., w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach Psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. nr 173, poz. 1072), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 09 sierpnia 2017 r., w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. nr 288, poz. 1490 z póź.zm.), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 09 sierpnia 2017 r., w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2014 r., poz. 1157)	
<b>UWAGI</b>	
Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, inaczej będzie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.  Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.	

