

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy objęcia wczesnym wspomaganiam rozwoju dziecka:

..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ,
(imię i nazwisko) (PESEL)

urodzonego w ,
(data) (miejsowość)

zamieszkałego w ,
(adres)

Rozpoznanie: *(diagnoza i symbol niepełnosprawności)*,

Symbol ICD 10

--	--	--	--

.....
Choroby współwystępujące:

.....
.....

Informacje na temat przebiegu i objawów choroby oraz dotychczasowego leczenia (*ważne z punktu widzenia funkcjonowania dziecka uzasadniająca potrzebę objęcia wczesnym wspomaganiam rozwoju*):

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

Uwagi/zalecenia (*wskazany obszar oddziaływania terapeutycznego – właściwe podkreślić*):

- Rozwój motoryczny
- Stymulacja polisensoryczna
- Rozwój mowy i języka
- Orientacja i poruszanie się w przestrzeni
- Usprawnianie widzenia, słuchu
- Umiejętności samoobsługi i funkcjonowania w środowisku
- Komunikacji z otoczeniem i funkcjonowania w relacjach z innymi
- Inne.....
-

.....
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)