(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) . . . . . ., dnia . . . . . r.

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy **objęcia wczesnym wspomaganiem rozwoju dziecka**:

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

urodzonego . . . . . w . . . . . ,
*(data)* *(miejscowość)*

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 uzasadniające potrzebę objęcia wczesnym wspomaganiem 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)*