

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub prywatnej praktyki

.....
miejsowość, data

WYNIKI BADANIA SPECJALISTYCZNEGO

Imię i nazwisko dziecka
Data i miejsce urodzenia
Nr PESEL
Adres zamieszkania

Opinia lekarza specjalisty:

1. Rozpoznanie czynnościowe z uwzględnieniem okresu i dynamiki procesu chorobowego:

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

2. Czy jest stwierdzone naruszenie sprawności , jakie jest rokowanie i od kiedy trwa stwierdzone naruszenie sprawności:

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

3. Czy z uwagi na naruszenie sprawności organizmu i ograniczenia w samodzielnej egzystencji, dziecko wymaga stałej lub okresowej pomocy i opieki innej osoby?

TAK

NIE

Jeżeli tak, to w jakim zakresie

4. Zalecane dalsze leczenie i rehabilitacja lecznicza:

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

5. Uzasadnienie:

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

.....
pieczętka i podpis lekarza