

Poradnia Audiologiczna/Laryngologiczna *

Proszę o konsultację dot., ur.

celem wykonania **badania słuchu z opisem.**

1. **Diagnoza**, w tym stopień ubytku słuchu :

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

2. **Występuje*** : wada słuchu/ brak wady słuchu.

3. **W przypadku występowania wady słuchu:** występująca wada słuchu wpływa/ nie wpływa* na nabywanie wiadomości i umiejętności szkolnych.

4. Proszę podać **zakres wpływu** wady słuchu na nabywanie wiadomości i umiejętności szkolnych

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

5. W/w jest dzieckiem słabosłyszącym/ nie jest dzieckiem słabosłyszącym*; inne

.....

* proszę podkreślić właściwe

.....

(data, podpis lekarza)