



Zpráva lékaře o dítěti

(podklad k vyšetření)

pro pracoviště:

PPP Kpt. Vajdy 2656/1a

Ostrava - Zábřeh

700 30

tel.: 553 810 700-1

e-mail: posta-zabreh@ppp-ostava.cz

pro pracoviště:

PPP 17. listopadu 1123

Ostrava - Poruba

708 00

tel.: 553 810 750-1

e-mail: posta-poruba@ppp-ostava.cz



Příjmení a jméno dítěte: _____

Rodné číslo: _____ ** _____ ** _____ / _____

Jména rodičů: _____

Adresa bydliště: _____

PSC: _____ tel.: _____

Adresa MŠ - ZŠ - ZŠp: _____ třída: _____

1. O vyšetření žádá: lékař - rodiče - MŠ - ZŠ - ZvŠ

2. Důvod vyšetření:

- posouzení psychické zralosti pro vstup do školy
- poruchy matematických schopností
- přerušení školní docházky
- neprospěch
- vřazení do speciální školy (ZvMŠ - ZvŠ - jiné)
- osvobození od povinnosti docházet do školy (individuální výuka v domácím prostředí)
- lateralita
- zproštění povinnosti vzdělávat se
- poruchy chování
- volba povolání
- poruchy čtení, psaní, pravopisu
- jiné:

3. Výpis ze zdravotního záznamu:

a) komplikace v těhotenství:

b) průběh porodu:

c) stav dítěte po porodu:

d) psychomotorický vývoj:

e) závažnější onemocnění (v jakém věku), případně sdělení o hospitalizaci:

4. Současný zdravotní stav:

5. Závěry dalších odborných vyšetření (psychiatrického, neurologického, foniatrického, logopedického ap.):

Péče pokračuje - nepokračuje

6. Jiná sdělení:

datum

razítko a podpis lékaře