**Imię i nazwisko dziecka:** …………………………………………………………………………………………

**Diagnoza medyczna:** …………………………………………………………………………………….…….….

**Kto postawił diagnozę (miejsce, rok):** ……………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy dziecko przechodziło następujące badania:** | | | | |  | |
| Rodzaj badania | tak | nie | jeśli „tak”, to kiedy (rok) | oczekiwanie na wynik | wynik prawidłowy/ nieprawidłowy | opis |
| EEG |  |  |  |  |  |  |
| Tomografia komputerowa |  |  |  |  |  |  |
| Rezonans magnetyczny |  |  |  |  |  |  |
| Badanie ostrości wzroku |  |  |  |  |  |  |
| Badanie słuchu |  |  |  |  |  |  |
| Badania genetyczne |  |  |  |  |  |  |
| Inne (jakie?) |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………………

***(Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)***