

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

Imię i nazwisko ..... data urodzenia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  
w Lubaczowie**

Stan neurologiczny: .....

Wywiad uzupełniający .....

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

Wynik badania elektroencefalogicznego:

Data badania: .....

Opis badania: .....

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

Określenie dominacji półkulowej na podstawie zapisu EEG .....

.....

Próby aktywacji fotostymulacji FS .....

.....

Próby aktywacji hiperwentylacji HW .....

.....

Orzeczenie:

.....  
.....

Stanowisko w sprawie objęcia terapią EEG Biofeedback:

.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis)