

.....
Nr identyfikacyjny, REGON

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)