Załącznik nr 6 do wniosku
w ramach programu „Aktywny samorząd” –
Moduł I Obszar B Zadanie 4

……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia ……..…..

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....……
2. PESEL ……...……
3. Adres zamieszkania ……..……..
4. Rodzaj niepełnosprawności ……..……..
   ……..……...…
5. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta /opis/ …….…….
   ……...……..
6. Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: …….…….……
   ……..…..……..
   ……..……..
7. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy /proszę zakreślić właściwe pola oraz potwierdzić podpisem i pieczątką/

   1) Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) □ tak □ nie
   2) Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) □ tak □ nie
   3) Inna dysfunkcja ucha lewego □ tak □ nie
   4) Inna dysfunkcja ucha prawego □ tak □ nie

8. Występują trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy □ tak □ nie

Uwagi dodatkowe: …….
……
…….
…….

……. ……..……..
/miejscowość, data/ */pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/*