

.....
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 pieczętą/
 - 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/

.....
/pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/