

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”

NALEŻY CZYTELNIE WYPEŁNIĆ KAŻDĄ RUBRYKĘ W JĘZYKU POLSKIM

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL

Adres zamieszkania

2. Zakres dysfunkcji narządu słuchu (opis)

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

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy niedosłuchu w stopniu: **LEKKIM/ŚREDNIM/GŁĘBOKIM (niewłaściwe skreślić) na poziomie:**

w uchu prawym: _____ dB (podać liczbę),

w uchu lewym: _____ dB (podać liczbę).

4. Stwierdzam, że dysfunkcja narządu słuchu **powoduje/nie powoduje (nie niewłaściwe skreślić)** problemy w komunikowaniu się za pomocą mowy.

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)