

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
 - a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:
☐ jednego ucha
☐ obydwu uszu
 - b) Pacjent ma ubytek słuchu:
☐ nie dotyczy
☐ poniżej 70 decybeli
☐ powyżej 70 decybeli
inne niż 70 stopni, jakie:
☐ w uchu lewym do: decybeli (db)
☐ w uchu prawym do:decybeli (db)
 - c) Pacjent jest osobą głuchą:
☐ tak ☐ nie
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniemą:
☐ tak ☐ nie
 - e) Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego:
☐ tak ☐ nie
 - f) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:
☐ tak ☐ nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza