

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

....., dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę chorób narządu słuchu  
stanowiące załącznik 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

☐ dwóch uszu

b) ubytek słuchu u Pacjenta w uchu lepszym wynosi\*:

☐ poniżej 70 decybeli (db)

☐ powyżej 70 decybeli (db)

c) Pacjent jest osobą\*:

☐ głuchą

☐ głuchoniemą

☐ niedosłyszającą w stopniu wykluczającym prawidłową komunikację

d) Pacjent wymaga specjalistycznego oprzyrządowania samochodu dostosowanego do indywidualnych potrzeb osoby z dysfunkcją narządu słuchu:

☐ tak ☐ nie

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

\* zaznaczyć właściwe