

.....
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 wynosi*:

☐ poniżej 70 decybeli (db)

☐ powyżej 70 decybeli (db)

c) Pacjent jest osobą*:

☐ głuchą

☐ głuchoniemą

☐ niedosłyszącą w stopniu wykluczającym prawidłową komunikację

d) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy*:

☐ tak

☐ nie

Krótki opis występujących u Pacjenta problemów w komunikowaniu się:

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

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

* zaznaczyć właściwe