

.....
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 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