

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(lekarz specjalista)

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 badania audiometrycznego stwierdza się, że:

(**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu:

nie dotyczy

w uchu lewym (db)

w uchu prawym(db)

inna dysfunkcja ucha lewego

inna dysfunkcja ucha prawego

c) Pacjent komunikuje się z otoczeniem:

nie ma problemu w komunikowaniu się

ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza