

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(lekarz specjalista)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczętką**):

**a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:**

jednego ucha                       obydwu uszu

**b) Pacjent ma ubytek słuchu:**                       nie dotyczy

w uchu lewym wynosi powyżej 70 decybeli                       tak                       nie

w uchu prawym wynosi powyżej 70 decybeli                       tak                       nie

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)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza