

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ
dla osób z dysfunkcją narządu słuchu
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 zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent ma ubytek słuchu:

w uchu prawym decybeli (db)

w uchu lewym decybeli (db)

b) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

tak nie

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza