

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*)

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 zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że w/w Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

ucho lewe – ubytek słuchu- decybeli.

ucho prawe – ubytek słuchu-decybeli.

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

TAK NIE

*właściwie zaznaczyć

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczęćka, nr_ i podpis lekarza specjalisty

*Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista (laryngolog, otolaryngolog)