

.....

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

.....,

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON 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

obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu powyżej:

w uchu lewym powyżej 70 decybeli tak, nie

w uchu prawym powyżej 70 decybeli tak, nie

c) Pacjent jest osobą głuchoniemą: tak, nie

d) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy: tak, nie

....., dnia

.....

(miejscowość)

(data)

pieczętka, podpis lekarza specjalisty