

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
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. Adres zamieszkania

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy :

jednego ucha

obu uszu

b) ubytek słuchu w uchu lewym wynosi powyżej 70 decybeli:

tak

nie

c) ubytek słuchu w uchu prawym wynosi powyżej 70 decybeli:

tak

nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

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