

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd” - **prosimy**
wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy : TAK NIE
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że dysfunkcja słuchu
Pacjenta dotyczy (**proszę zaznaczyć właściwe pole** ☐ **oraz potwierdzić podpisem i**
pieczętką) :

		Podpis, nr i pieczętka lekarza
☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	