

Moduł I Obszar A Zadanie 4

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Numer PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent:

- osoba głuchoniema
- osoba ma niedosłuch całkowity
- osoba ma niedosłuch częściowy
- osoba ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy
- osoba wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego
- nie dotyczy

b) Pacjent ma ubytek słuchu:

- w uchu lewym powyżej 70 decybeli
- w uchu prawym powyżej 70 decybeli
- inna dysfunkcja ucha lewego
- inna dysfunkcja ucha prawego
- nie dotyczy

Uwagi:

.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)

*W przypadku pomyłki proszę o poprawienie jej poprzez przekreślenie i podpisanie się obok