

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wydane do wniosku o pomoc w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL

Miejsce zamieszkania.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej i/lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu słuchu pacjenta dotyczy:
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<input type="checkbox"/>	ubytek słuchu w uchu lewym powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ubytek słuchu w uchu prawym powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inna dysfunkcja narządu słuchu:	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka i podpis lekarza

Uwagi dodatkowe:

.....
.....

.....
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)