

.....
Stempel 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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu: *nie dotyczy*

w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)

w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)

inna dysfunkcja ucha lewego

inna dysfunkcja ucha prawego

c) Pacjent komunikuje się z otoczeniem::

nie ma problemu w komunikowaniu się

ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy

metodami wspomagającymi/alternatywnymi:

niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza