.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **..........................., dnia………………**

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON 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 stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu powyżej:

w uchu lewym powyżej 70 decybeli tak, nie

w uchu prawym powyżej 70 decybeli tak, nie

c) Pacjent jest osobą głuchoniemą: tak, nie

d) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy: tak, nie

........................................, dnia .................. ...................................................

**( miejscowość)) ( data)  pieczątka, podpis lekarza specjalisty**