

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

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. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis):
.....
.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że dysfunkcja narządu słuchu jest w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego, a ubytek słuchu w uchu lepszym Pacjenta wynosi: (właściwe zaznaczyć)

☐ powyżej 70 db (decybeli)

☐ poniżej 70 db (decybeli)

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy: (właściwe zaznaczyć)

☐ tak

☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)