

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ¹

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta,
wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd” -
w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest
przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności - **prosimy wypełnić**
czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole**
oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:
 tak nie
5. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu
słuchu powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania
do posiadanego samochodu takich elementów jak:
 - a)
 - b)
 - c)

....., dnia20.....r.

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza