

.....  
Pieczęć podmiotu leczniczego  
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 stwierdza się, że w/w Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

ucho lewe – ubytek słuchu- ..... decybeli.

ucho prawe – ubytek słuchu- .....decybeli.

b) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

TAK

NIE

\*właściwie zaznaczyć

....., dnia .....  
(miejsowość) (data)

.....  
pieczęćka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty

\*Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista (laryngolog, otolaryngolog)