

.....  
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 stwierdza się, że:

**a)** dysfunkcja **narządu słuchu** Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obydwu uszu

**b)** Pacjent ma ubytek słuchu:

w uchu lewym: ..... db

w uchu prawym: ..... db

**c)** Pacjent komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi,  
korzysta ze wsparcia tłumacza języka migowego:

tak       nie

**d)** Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak       nie

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_i podpis lekarza