

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

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

**w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu słuchu (03-L)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL .....

3. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis):

.....  
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<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

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

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza