

....., 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)

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

<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)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

....., dnia

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza