



.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY

(wydane dla potrzeb PFRON – pilotażowy program „Aktywny samorząd” B4)

Imię i nazwisko Pacjenta

Data Urodzenia PESEL

Miejsce zamieszkania

(nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

(należy wpisać znak X w odpowiednie pola):

1) Pacjent ma ubytek słuchu*

- w uchu lewym - powyżej 70 decybeli (db) TAK NIE

- w uchu prawym - powyżej 70 decybeli (db) TAK NIE

2) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy**

TAK NIE

3) Inna dysfunkcja narządu słuchu:

.....
.....
.....

.....
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
schorzeń narządu słuchu