

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane do wniosku przez lekarza **specjalistę** o pomoc w ramach programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Pacjent ma problemy w komunikowaniu się: **TAK** **NIE**

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

<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada ubytek słuchu w uchu prawym powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada ubytek słuchu w uchu lewym powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada ubytek słuchu w uchu prawym poniżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada ubytek słuchu w uchu lewym poniżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza **specjalisty**)