



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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE lekarza specjalisty

(wydane dla potrzeb PFRON- pilotażowy program „Aktywny samorząd” Obszar B Zadanie 4)

Imię i nazwisko

Data urodzenia **PESEL**

Miejsce zamieszkania

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent:

- ☐ osoba głuchoniema
- ☐ osoba ma niedosłuch całkowity
- ☐ osoba ma niedosłuch częściowy
- ☐ osoba ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy
- ☐ osoba wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego
- ☐ nie dotyczy

b) Pacjent ma ubytek słuchu:

- ☐ w uchu lewym powyżej 70 decybeli
- ☐ w uchu prawym powyżej 70 decybeli
- ☐ inna dysfunkcja ucha lewego
- ☐ inna dysfunkcja ucha prawego
- ☐ nie dotyczy

Uwagi:

.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
pieczętka i podpis lekarza
specjalisty