

Załącznik nr 2d do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar B Zadanie nr 4

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

....., dnia.....
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem
i pieczętką):

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent posiada dysfunkcję obu uszu polegającą na niezdolności do odbierania bodźców
akustycznych (**głuchota**) ☐ tak ☐ nie
5. Pacjent posiada dysfunkcję obu uszu polegającą na niezdolności do odbierania bodźców
akustycznych z niezdolnością do mówienia (**głuchoniemota**) ☐ tak ☐ nie
6. Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy ☐ tak ☐ nie
7. Pacjent posiada ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym ☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza