Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –
Moduł I Obszar A Zadanie nr 3, Obszar B Zadanie nr 4

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐...
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

☐ jednego ucha

☐ obydwu uszu

b) Pacjent ma niedosłuch: ☐ *nie dotyczy*

☐ w uchu lewym do: ..... decybeli

☐ w uchu prawym do: ..... decybeli

c) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

☐ tak

☐nie dotyczy

d) Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza migowego:

☐tak ☐nie

....., dnia ....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza