

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

.....  
miejsowość, data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane przez lekarza specjalistę dla potrzeb realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA .....

2. PESEL

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

a) Pacjent ma ubytek słuchu:

w uchu prawym ..... decybeli (db)

w uchu lewym ..... decybeli (db)

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

tak  nie

c) Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego:

tak  nie

.....  
pieczętka i podpis lekarza