

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

### 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. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis):

- zaburzenia głosu
- zaburzenia mowy
- choroby słuchu

4. Ubytek słuchu na poziomie: ucho lewe ..... decybeli (db) ucho prawe ..... decybeli (db)

5. Czy Pacjenta używa aparatów słuchowych/systemów wspomagania słyszenia/urządzeń wspomagających takich jak tablety/syntezytor mowy itp.,

tak (jeżeli tak to jakich?):

.....  
 nie

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

<input type="checkbox"/>	Trwałe uszkodzenie czynności ruchowej jednego lub obu fałdów głosowych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Częściowa lub całkowita utrata krtani z różnych przyczyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zaburzenia mowy spowodowane uszkodzeniem mózgu – wyższych ośrodków mowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia powodujące dysfunkcję narządu słuchu lub mowy:	pieczętka, nr i podpis lekarza

7. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażeniem, w tym:

<b>Specyfikacja zakupu</b> (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		<b>uwagi</b>
<input type="checkbox"/>	wyposażenie/ technologie, jakie:	
<input type="checkbox"/>	sprzęt i urządzenia, jakie:	
<input type="checkbox"/>	komunikator/tablet ze specjalnym oprogramowaniem jaki:	
<input type="checkbox"/>	<b>sygnalizatory i aplikacje</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>inne, jakie:</b>	

**(proszę zakreślić właściwe pola)**

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza