

.....
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 decybeli (db)

5. Czy Pacjenta używa aparatów słuchowych/systemów wspomagania słyszenia/urządzeń wspomagających takich jak tablet/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

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza