

.....
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. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia:

.....
.....

4. Używane przez Pacjenta środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

a) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

b) Pacjent jest osobą głuchoniemą:

tak nie

c) Pacjent jest osobą z dysfunkcją narządu słuchu:

- ucho lewe

ubytek słuchu poniżej 70 dB

ubytek słuchu powyżej 70 dB

- ucho prawe

ubytek słuchu poniżej 70 dB

ubytek słuchu powyżej 70 dB

Uwagi:

.....

.....

.....

.....dnia

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

dysfunkcji narządu słuchu (w przypadku Obszaru A Zadanie 4 oraz Obszaru B Zadanie 4) – należy przez to rozumieć dysfunkcję narządu słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu lub wniosek w Obszarze B Zadanie 4 dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku do lat 16 – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę;