

\_\_\_\_\_

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
obszar A zadanie 3  
obszar A zadanie 4  
obszar B zadanie 4

Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista. Prosimy o czytelne wypełnienie.

**Dane Pacjenta:**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

**Opis dysfunkcji narządu słuchu (na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania)**

Opis zakresu dysfunkcji narządu słuchu pacjenta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola przy każdym stwierdzeniu)**

Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (dB)  Nie  Tak

Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (dB)  Nie  Tak

Data, pieczęć, numer i podpis lekarza \_\_\_\_\_