
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 _____