

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia się w przypadku, gdy przyczyna niepełnosprawności jest inna, niż dysfunkcja narządu słuchu

**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta: .....

2. Adres zamieszkania: .....

3. PESEL

4. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis).....

.....

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

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lepszym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lepszym, poniżej decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

**(miejscowość)**

**(data)**

.....

**pieczętka, nr i podpis lekarza**