

.....
pieczętka 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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że pacjent ma ubytek słuchu wynoszący:

a. w uchu prawym:

poniżej 70 decybeli (db) powyżej 70 decybeli (db)

b. w uchu lewym:

poniżej 70 decybeli (db) powyżej 70 decybeli (db)

nie dotyczy

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty