

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia
oraz w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. **Imię i nazwisko Pacjenta**

2. **PESEL**

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u pacjenta występuje jednoczesna
dysfunkcja narządu słuchu oraz trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

NIE **TAK**

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent ma ubytek
słuchu na poziomie:

ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)

ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)

....., dnia
miejsowość

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza

*** Zaświadczenia wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności
Pacjenta**