

....., dnia

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Adres Pacjenta
3. PESEL
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent ma ubytek narządu słuchu:
 prawostronny
 lewostronny
5. Pacjent ma ubytek słuchu:
 w uchu lewym powyżej 70 db TAK NIE
 w uchu prawym powyżej 70 db TAK NIE

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty