

.....
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).....
.....
.....

dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę
orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ważnego i posiadanego przez Pacjenta

dysfunkcja narządu ruchu nie jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę
orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ważnego i posiadanego przez Pacjenta

**(proszę zakreślić właściwe pole w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie
jest przyczyną wydania orzeczenia) .**

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 70 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