

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia się w przypadku, gdy przyczyna niepełnosprawności z umiarkowanym lub znacznym stopniem  
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 słuchu jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia  
o stopniu niepełnosprawności ważnego i posiadanego przez Pacjenta

dysfunkcja narządu słuchu 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 pieczętąką):**

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lepszym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lepszym, równy lub poniżej 70 decybeli (db)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
**(miejscowość)** **(data)**

.....  
**pieczętąka, nr i podpis lekarza**