

.....
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):
-
-
-

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

- 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

6. **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"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza