

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

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta  
wydane dla potrzeb PCPR w Lipnie - pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL \_\_\_\_\_

3. Adres zamieszkania Wnioskodawcy:

.....  
.....

4. Rodzaj niepełnosprawności: .....

.....  
.....

5. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis): .....

.....  
.....

6. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

.....  
.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ):

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

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

c) inna dysfunkcja ucha lewego  tak  nie

d) inna dysfunkcja ucha prawego  tak  nie

e) niezbędne jest wsparcie Pacjenta w formie usługi tłumacza migowego:  tak  nie

Uwagi dodatkowe: .....

.....

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

(miejsceowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie