



**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia** .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B4)  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

Adres zamieszkania:.....

PESEL

2. Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu:

tak  nie

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

Ubytek słuchu w uchu lepszym, powyżej 70 decybeli (db)

Ubytek słuchu w uchu słabszym, jaka? .....

Inna dysfunkcja ucha lewego, jaka? .....

Inna dysfunkcja ucha prawego, jaka? .....

....., **dnia** .....

(miejsowość )

(data)

.....

pieczętka, nr\_i podpis lekarza -  
laryngologa