

....., dnia

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu słuchu

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis):

.....
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

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 lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

Pacjent z uwagi na *ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu* powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak:

(proszę zakreślić właściwe pola)

<input type="checkbox"/>	Komunikatory/tablice
<input type="checkbox"/>	Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych
<input type="checkbox"/>	Oprogramowanie, jakie:
<input type="checkbox"/>	Aplikacje, jakie:
<input type="checkbox"/>	Sygnalizator
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe oświetlenie
<input type="checkbox"/>	Wskaźniki optyczne
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:
<input type="checkbox"/>

....., dnia

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza