

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - 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 lub mowy (w zakresie trudności w komunikowaniu się) 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 lewego 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