

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

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
Obszar A Zadanie 4

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

1. u Pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli.

☐ TAK

☐ NIE

2. Pacjent komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi /alternatywnymi.

☐ TAK (proszę wskazać jakimi:

☐ NIE

3. Konieczność zastosowania wyposażenia, które umożliwi Pacjentowi z dysfunkcją słuchu użytkowanie samochodu.

☐ TAK (proszę wskazać rodzaj wyposażenia)

☐	Komunikatory/tablice	(pieczętka i podpis lekarza)
☐	Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	(pieczętka i podpis lekarza)
☐	Oprogramowanie, jakie:	(pieczętka i podpis lekarza)

☐	Aplikacje, jakie:	(pieczętka i podpis lekarza)
☐	Sygnalizator	(pieczętka i podpis lekarza)
☐	Dodatkowe oświetlenie	(pieczętka i podpis lekarza)
☐	Wskaźniki optyczne	(pieczętka i podpis lekarza)
☐	inne, jakie:	(pieczętka i podpis lekarza)

☐ NIE

....., dnia

(miejscowość)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)