

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL:

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu:

tak

nie

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się,
że występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu słuchu dotyczy:

.....
.....

5. Pacjent komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi
/alternatywnymi:

tak, jakimi?

.....

nie

....., dnia

(miejscowość)

(pieczętka, nr i podpis **lekarza specjalisty**)