

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

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
- *prosimy wypełnić czytelnie*

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL

Adres zamieszkania

.....

Opis rodzaju schorzenia

.....

.....

.....

Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli

1. w uchu prawym

tak
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

nie
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

2. w uchu lewym

tak
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

nie
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)