

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

.....dnia.....

### Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Elblągu – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **w ramach Obszaru A, Zadanie 4** - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do samochodu i **Obszaru B, Zadanie 4** - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego i jego elementów oraz oprogramowania

**A4** - osoby ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu, symbol orzeczenia inny niż 03-L

**B4** – osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osoby ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy, symbol orzeczenia inny niż 03-L

1. Imię i nazwisko Pacjenta:.....
2. PESEL:.....

<b>3. Informacja o stanie zdrowia:</b>	
a) Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza
b) Ubytek słuchu w uchu prawym wynosi <input type="checkbox"/> poniżej 70 db <input type="checkbox"/> powyżej 70 db c) Ubytek słuchu w uchu lewym wynosi <input type="checkbox"/> poniżej 70 db <input type="checkbox"/> powyżej 70 db	pieczętka, nr i podpis lekarza
d) Głuchota – niezdolność odbierania bodźców akustycznych: <input type="checkbox"/> ucha prawego <input type="checkbox"/> ucha lewego <input type="checkbox"/> obu uszu <input type="checkbox"/> nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza
e) Pacjent jest głuchoniemy: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza

<p>f) Pacjent niedosłyszy w stopniu wykluczającym prawidłową komunikację:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK                      <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>i wymaga korzystania z usług tłumacza migowego</p> <p><input type="checkbox"/> TAK                      <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>pieczęćka, nr i podpis lekarza</p>  <p>pieczęćka, nr i podpis lekarza</p>
---	--

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka, nr i podpis lekarza specjalisty)