

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis):
.....
.....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie w środki pomocnicze oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
.....
.....
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole x oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

	Dysfunkcja obu uszu
	Dysfunkcja jednego ucha
	W efekcie dysfunkcji narządu słuchu pacjent komunikuje się z otoczeniem metodami wspomaganymi/alternatywnymi a dla prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego

....., dnia

(miejscowość i data)

.....
pieczętka, i podpis lekarza specjalisty o specjalności adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności