

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE* DLA OSÓB DO 16 R.Ż.

wydane dla potrzeb PCPR w Świeciu dla osób z dysfunkcją narządu słuchu
/prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim/

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent:

- nie posiada dysfunkcji narządu słuchu
 posiada dysfunkcję narządu słuchu, co oznacza, że ubytek słuchu wynosi:

<input type="checkbox"/>	mniej niż 70 decybeli (db) w uchu lepszym
<input type="checkbox"/>	więcej niż 70 decybeli (db) w uchu lepszym
<input type="checkbox"/>	posiada inną dysfunkcję narządu słuchu

4. Czy w związku z istniejącą niepełnosprawnością występują zaburzenia komunikowania się z innymi ludźmi?

TAK NIE

5. Czy zaburzenia komunikowania się można pokonać w wyniku posługiwania się sprzętem elektronicznym lub jego elementami lub oprogramowaniem**:

TAK NIE

Data

Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie

*prosimy wypełniać w przypadku osób niepełnosprawnych, u których przyczyną powstania niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu słuchu

** należy przez to rozumieć elektroniczne sprzęty i urządzenia lub ich elementy, a także dedykowane oprogramowanie, umożliwiające ograniczanie skutków dysfunkcji narządu słuchu, w tym przede wszystkim sprzęty i urządzenia mobilne (np. laptop, tablet, smartfon)