

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

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że dysfunkcja narządu słuchu pacjenta dotyczy:

ubytku słuchu powyżej 70 decybeli

tak

nie

pieczętka i podpis lekarza