

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE lekarza specjalisty

Pan/Pani.....

nr PESEL

stwierdza się u Pacjenta dysfunkcję narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystanie z usług tłumacza języka migowego

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty