

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

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

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma
zwężenie pola widzenia do 20 stopni :

TAK **NIE** **Nie dotyczy**

c) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma
zwężenie pola widzenia do 30 stopni

TAK **NIE** **Nie dotyczy**

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

TAK **NIE** **Nie dotyczy**

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza