

.....
Stempel 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 zwężone pole widzenia: nie dotyczy

– w oku lewym do 20 stopni: TAK NIE

– w oku prawym do 20 stopni: TAK NIE

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): nie dotyczy

– w oku lepszym równą lub poniżej 0,05: TAK NIE

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza