

.....
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 lub badania 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 30 stopni

w oku prawym do 30 stopni

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

w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)

w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)

inna dysfunkcja oka lewego

inna dysfunkcja oka prawego

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza