

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(lekarz specjalista)

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:stopni

w oku prawym do: stopni

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

nie dotyczy

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak

nie

e) Czy rodzaj schorzenia/niepełnosprawności ma charakter stały:

tak

nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza