

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

.....
data

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 ☐

dotyczy ☐

w oku lewym do 20 stopni

nie ☐

tak ☐

w oku prawym do 20 stopni

nie ☐

tak ☐

lub

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

nie dotyczy ☐

dotyczy ☐

w oku lepszym równą lub poniżej 0,05

nie ☐

tak ☐

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak ☐

nie ☐

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza