

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

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: stopni
 - w oku prawym do:stopni
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*
 - **proszę wypełnić w przypadku osób powyżej 16 roku życia**
 - w oku lewym równą lub poniżej 0,05
 - w oku prawym równą lub poniżej 0,05
 - inna ostrość w oku lewym:
 - inna ostrość w oku prawym:
 - **proszę wypełnić w przypadku osób do 16 roku życia**
 - w oku lewym równą lub poniżej 0,3
 - w oku prawym równą lub poniżej 0,3
 - inna ostrość w oku lewym:
 - inna ostrość w oku prawym:
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:
 - tak
 - nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza