

.....
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: stopni
 w oku prawym do: stopni
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*
 w oku lewym - równa lub poniżej 0,05 **tak** **nie**
 w oku lewym - równa lub poniżej 0,1 **tak** **nie**
 w oku prawym - równa lub poniżej 0,05 **tak** **nie**
 w oku prawym - równa lub poniżej 0,1 **tak** **nie**
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:
 tak **nie**

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza