

.....
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: 20 stopni ☐ **tak**, ☐ **nie**
w oku prawym do: 20 stopni ☐ **tak**, ☐ **nie**
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ *nie dotyczy*
w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,05 ☐ **tak** ☐ **nie**
w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,05 ☐ **tak** ☐ **nie**
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:
☐ **tak** ☐ **nie**

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza