

.....  
**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: 30 stopni  **tak**,  **nie**

w oku prawym do: 30 stopni  **tak**,  **nie**

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  *nie dotyczy*

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,1  **tak**  **nie**

w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,1  **tak**  **nie**

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

**tak**  **nie**

....., dnia .....

(**miejsowość**)

(**data**)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza