

.....  
**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*

*równe 30 stopni*

*poniżej 30 stopni*

*powyżej 30 stopni*

*inne niż 30 stopni, jakie:*

w oku lewym do: ..... stopni

w oku prawym do: ..... stopni

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

*równe 0,1*

*poniżej 0,1*

*powyżej 0,1*

*inna niż 0,1, jaka:*

w oku lewym wynosi: .....

w oku prawym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak  nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak  nie

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

(**miejsowość**)

(**data**)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza