

.....
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 (do) 30 stopni
inne niż 30 stopni, jakie:

☐ poniżej 30 stopni

☐ powyżej 30 stopni

☐ 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

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza