

.....  
**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 )20 stopni

☐ poniżej 20 stopni

☐ powyżej 20 stopni

inne niż 20 stopni, jakie:

☐ w oku lewym do: ..... stopni

☐ w oku prawym do: ..... stopni

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

☐ równe 0,05

☐ poniżej 0,05

☐ powyżej 0,05

inna niż 0,05, 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