

.....
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: stopni

☐ w oku prawym do: stopni
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ *nie dotyczy*

☐ w oku lewym wynosi:

☐ w oku prawym wynosi:
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza