

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejsowość, data)

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 w oku lepszym: *nie dotyczy*

do: 20 stopni

do: 30 stopni

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

równą lub poniżej 0,05

równą lub poniżej 0,1

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza