

.....
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

obu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do 30 stopni tak, nie

w oku prawym do 30 stopni tak, nie

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

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,3 tak, nie

w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,3 tak, nie

d) Pacjent jest osobą niewidomą tj.: ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,1 tak, nie

w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,1 tak, nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza

DLA OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA