

.....
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 20 stopni tak, nie

w oku prawym do 20 stopni tak, nie

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

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,05 tak, nie

w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,05 tak, nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak

nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr. i podpis lekarza

DLA OSÓB POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA