

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia ..... r.

## 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 lub badania 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) **dysfunkcja narządu wzroku powoduje obniżenie ostrości wzroku Pacjenta (w korekcji), która:**  *nie dotyczy*

UWAGA! Należy wykazać w wartościach dziesiętnych

    - w oku lewym wynosi: .....
    - w oku prawym wynosi: .....
  - d) **brak jest dysfunkcji narządu wzroku**

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
(pieczętka, nr\_i podpis lekarza)