

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

UWAGA! Należy wykazać w wartościach dziesiętnych.

w oku lewym ostrość wzroku (w korekcji) wynosi:

w oku prawym ostrość wzroku (w korekcji) wynosi:

d) **Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:**

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
(pieczętka, nr_i podpis lekarza)