

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

....., **dnia** .....

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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**)