

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

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 zwężone pole widzenia do 30 stopni :

- tak nie

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

- w oku lewym wynosi:
 w oku prawym wynosi:

e) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej
0,1.

- tak nie

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

- tak nie

....., dnia

.....