

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej 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*

w oku lewym wynosi: wg skali Snellena

w oku prawym wynosi: wg skali Snellena

d) Pacjent jest osobą niewidomą: tak nie

e) Pacjent jest osobą niedowidzącą: tak nie

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

g) Inna dysfunkcja oka lewego

h) Inna dysfunkcja oka prawego

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza