

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
....., **dnia**
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 Pacjenta
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:
 w oku lewym do: 30 stopni: tak nie *nie dotyczy*
 w oku prawym do: 30 stopni: tak nie *nie dotyczy*
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):
 w oku lewym poniżej: 0,1 lub 0,1 tak nie *nie dotyczy*
 w oku prawym: poniżej 0,1 lub 0,1 tak nie *nie dotyczy*
 - d) Pacjent jest osobą niedowidząca:
 tak nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza