

.....
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 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 20 stopni tak nie

w oku prawym do 20 stopni tak nie

w przypadku **osób niepełnosprawnych do 16 roku życia**:

w oku lewym do 30 stopni tak nie

w oku prawym do 30 stopni tak nie

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

w oku lewym równą lub poniżej 0,05 tak nie

w oku prawym równą lub poniżej 0,05 tak nie

w przypadku **osób niepełnosprawnych do 16 roku życia**:

w oku lewym równą lub poniżej 0,1 tak nie

w oku prawym równą lub poniżej 0,1 tak nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza