

.....
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: stopni

☐ w oku prawym do: stopni

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

☐ w oku lewym wynosi: ☐ w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą niewidomą: ☐ tak ☐ nie

e) Pacjent jest osobą niedowidzącą: ☐ tak ☐ nie

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie

Osoba niepełnosprawna (**osoba powyżej 16 r. ż.**) ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni

☐ tak ☐ nie

Osoba niepełnosprawna (**do 16 roku życia**) ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

☐ tak ☐ nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza