

.....
Pieczęta 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:

do 20 stopni

nie dotyczy

c) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym:

równą lub poniżej 0,05

nie dotyczy

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak

nie

.....
pieczęta, nr i podpis lekarza specjalisty