

.....
Piecątka 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*
 - zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym
 - zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*
 - obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub równą 0,1)
 - obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub równą 0,1)
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:
 - tak nie

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty