

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskie

....., 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

w oku prawym do 20 stopni

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

w oku lewym poniżej 0,05 lub 0,05

w oku prawym poniżej 0,05 lub 0,05

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak       nie

e) Pacjent ma inną dysfunkcję oka lewego.....

f) Pacjent ma inną dysfunkcję oka prawego.....

.....dnia .....  
(miejscowość )                      (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarz