

....., dnia.....

.....  
**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### 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 ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni :

**TAK**  **NIE**  **Nie dotyczy**

c) Pacjent w wieku do 16 roku życia ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

**TAK**  **NIE**  **Nie dotyczy**

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

**TAK**  **NIE**  **Nie dotyczy**

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