

.....

....., 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 obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub
zwężenie pola widzenia do 30 stopni zwężone pole widzenia:

TAK NIE Nie dotyczy

c) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

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