

.....
Stempel 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 zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

- w oku lewym do: stopni
 w oku prawym do: stopni

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

- w oku lewym wynosi:
 w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

- tak nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza