

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL    

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

1) Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

2) Pacjent ma zwężenie pola widzenia:

☐ nie dotyczy

☐ do 30 stopni

3) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym:

☐ nie dotyczy

☐ równą lub poniżej 0,3

4) Pacjent jest osobą niewidomą:

☐ tak (ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub  
niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni)

☐ nie

....., dnia .....  
miejscowość

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza