

.....
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 dysfunkcję powodującą obniżenie ostrości wzroku (w korekcji)
w oku lepszym:

☐ nie dotyczy

☐ równa lub poniżej 0,1

4) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia
miejscowość

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza