

.....
Pieczęć placówki ochrony zdrowia
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 30 stopni tak, nie

w oku prawym do 30 stopni tak, nie

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

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,1 tak, nie

w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,1 tak, nie

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

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,3 tak, nie

w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,3 tak, nie

e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ

Dla osób do 16 roku życia oraz dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie (na poziomie stopnia umiarkowanego) jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku