

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

## 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 20 stopni  tak,  nie

w oku prawym do 20 stopni  tak,  nie

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

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,05  tak,  nie

w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,05  tak,  nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak  nie

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza

**Dla osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, których  
orzeczenie (na poziomie stopnia znacznego) jest wydane z innego  
powodu niż dysfunkcja narządu wzroku**