

.....
Pieczęć placówki ochrony zdrowia
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)

.....
podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ

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