

.....  
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 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**