

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA DO 16 ROKU ŻYCIA

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

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

	<i>DOTYCZY</i>		<i>NIE DOTYCZY</i>
w oku lewym do 30 stopni	TAK		NIE
w oku prawym do 30 stopni	TAK		NIE

c) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji):

	<i>DOTYCZY</i>		<i>NIE DOTYCZY</i>
w oku lewym równą lub poniżej 0,3	TAK		NIE
w oku prawym równą lub poniżej 0,3	TAK		NIE

	<i>DOTYCZY</i>		<i>NIE DOTYCZY</i>
w oku lewym równą lub poniżej 0,1	TAK		NIE
w oku prawym równą lub poniżej 0,1	TAK		NIE

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

TAK

NIE

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza