

.....
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 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

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

	DOTYCZY		NIE DOTYCZY
w oku lewym do 30 stopni	TAK		NIE
w oku prawym do 30 stopni	TAK		NIE

c) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji):

	DOTYCZY		NIE DOTYCZY
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