.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **.............................., dnia**

lub praktyki lekarskiej

# 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: ................................ stopni

w oku prawym do: .............................. stopni

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

w oku lewym wynosi: ....................................................................

w oku prawym wynosi: ..................................................................

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

 tak nie

 e) Pacjent jest osobą całkowicie niewidomą: tak nie

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

 (**miejscowość** ) (**data**) pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty