

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia

(miejscowość)

(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (narząd wzroku)
wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
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

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza