

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
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:
(**proszę podkreślić właściwe stwierdzenie lub zaznaczyć obok x**)

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

| | |
|--|-------------|
| | Jednego oka |
| | Obydwu oczu |

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

w oku lewym do: stopni

w oku prawym do: stopni

nie dotyczy

c) **Pacjent (powyżej 16 roku życia)** ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05:

| | |
|--|-------------|
| | Tak |
| | Nie |
| | Nie dotyczy |

d) **Pacjent (w wieku do 16 roku życia)** ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3:

| | |
|--|-------------|
| | Tak |
| | Nie |
| | Nie dotyczy |

LUB

jest osobą niewidomą (w wieku do 16 roku życia), której ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1:

| | |
|--|-------------|
| | Tak |
| | Nie |
| | Nie dotyczy |

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr. i podpis lekarza specjalisty