

.....  
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:

<input type="checkbox"/>	Jednego oka
<input type="checkbox"/>	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 0,1:

<input type="checkbox"/>	Tak
<input type="checkbox"/>	Nie
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr. i podpis lekarza specjalisty