

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### 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:  
(*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:

<input type="checkbox"/>	w oku lewym do: ..... stopni
<input type="checkbox"/>	w oku prawym do: ..... stopni
<input type="checkbox"/>	nie dotyczy

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

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

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

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

#### 4. Pacjent jest osobą niewidomą:

a) **powyżej 16 roku życia**, której ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05:

	Tak
	Nie
	Nie dotyczy

b) **poniżej 16 roku życia** (wniosek dotyczy dziecka), 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

