

.....
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:

☐	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 0,1:

☐	Tak
☐	Nie
☐	Nie dotyczy

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć, nr_ i podpis lekarza specjalisty)

