

.....
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:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka obydwu oczu

W PRZYPADKU OSÓB DOROSŁYCH

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia :

nie dotyczy
 w oku lewym do : 20 stopni tak nie
 w oku prawym do : 20 stopni tak nie

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej :

nie dotyczy
 w oku lewym do : 0,05 tak nie
 w oku prawym do : 0,05 tak nie

W PRZYPADKU OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia :

nie dotyczy
 w oku lewym do : 30 stopni tak nie
 w oku prawym do : 30 stopni tak nie

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej :

nie dotyczy
 w oku lewym do : 0,1 tak nie
 w oku prawym do : 0,1 tak nie

d) Pacjent jest osobą niewidomą :

tak nie

e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

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

miejsowość

data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty