

.....  
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

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

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

miejscość

data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty