

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

1) Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

- ☐ jednego oka
☐ obydwu oczu

2) Pacjent ma zwężenie pola widzenia:

- ☐ nie dotyczy
☐ do 20 stopni

3) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym:

- ☐ nie dotyczy
☐ równą lub poniżej 0,05

4) Pacjent jest osobą niewidomą:

- ☐ tak (znaczny stopień niepełnosprawności; ostrość wzroku
(w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub
pole widzenia jest zwężone do 20 stopni)
☐ nie

....., dnia
miejscowość

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza