

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

....., dnia

## 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: **20** stopni

w oku prawym do: **30** stopni

w oku lewym do: **20** stopni

w oku prawym do: **30** stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  *nie dotyczy*

w oku lewym - równa lub poniżej 0,05  **tak**  **nie**

w oku lewym - równa lub poniżej 0,1  **tak**  **nie**

w oku lewym - równa lub poniżej 0,3  **tak**  **nie**

w oku prawym - równa lub poniżej 0,05  **tak**  **nie**

w oku prawym - równa lub poniżej 0,1  **tak**  **nie**

w oku prawym - równa lub poniżej 0,3  **tak**  **nie**

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

**tak**  **nie**

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

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza