

.....
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: stopni
☐ w oku prawym do: stopni
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ *nie dotyczy*
Wyniki badania należy podać w zapisie dziesiętnym według metody Snellena (np. 0,05)
☐ w oku lewym wynosi:
☐ w oku prawym wynosi:
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:
☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza