

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

.....  
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*

**w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu wzroku (04-0)**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”

### 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 prawym do: ..... stopni

w oku lewym do: ..... stopni

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

w oku prawym wynosi: .....

w oku lewym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak       nie

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

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza