

.....  
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 lepszym do:  do 20 stopni  do 30 stopni

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

w oku lepszym :  równą lub poniżej 0,05

równą lub poniżej 0,1

d) Pacjent jest osobą niewidomą

tak  nie

e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą

tak  nie

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

(*miejsowość*)

(*data*)

.....  
*pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty*