

.....

....., dnia

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdzenia się, że:
 - a) Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:
 oka prawego
 - Oka lewego
 - 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
 w oku lewym wynosi:
 - w oku prawym wynosi:
 - d) Pacjent jest osobą niewidomą:
 tak nie
 - e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:
 tak nie

.....
Miejscowość i data
specjalisty

.....
Pieczętka i podpis lekarza