

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE - lekarza okulisty**

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

w oku lewym wynosi: .....

w oku prawym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak  nie

e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak  nie

Miejscowość: ....., dnia .....

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza