

.....
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej

dnia

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 (OBSZAR B, zadanie 1 i zadanie 3)

- *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 głuchoniewidomą:

☐ tak

☐ nie

....., dnia

.....

Pieczętka, nr i podpis lekarza