

.....
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**

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*:
w oku lewym do: stopni
w oku prawym do: stopni
Uwagi:
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji)*:
w oku lewym wynosi:
w oku prawym wynosi:
Uwagi:
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą (równoczesne uszkodzenie słuchu i wzroku powodujące duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się):
tak nie
 - e) rodzaj schorzenia/niepełnosprawności ma charakter stały/czasowy
(proszę uzupełnić słownie):

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę,

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku

*Zaświadczenie powinno być wypełnione w sposób umożliwiający określenie:

- ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym, np.: 0,05; 0,1; itp.
- i/lub zwężenie pola widzenia np. 20 stopni.