

.....
Pieczętka 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 Pacjent ma :

a. a) ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1

☐ TAK

☐ NIE

i/lub

b) zwężenie pola widzenia: ☐ nie dotyczy

☐

w oku lewym do 30 stopni

: ☐ TAK

☐

NIE

☐

w oku prawym do 30 stopni

: ☐ TAK

☐

NIE

3.2. Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:*

☐

tak

☐

nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)