.....................................................

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

 o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON **likwidacji barier architektonicznych**

Imię i nazwisko Pacjenta.........................................................................................

PESEL ........................................................................................................................

adres zamieszkania ...............................................................................................

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku dotyczy (zakreślić właściwe):

a) **** Pacjent całkowicie utracił wzrok, **** nie dotyczy

b)Pacjent ma zwężone pole widzenia: **** nie dotyczy

**** w oku lewym do: ……………………. stopni

**** w oku prawym do: ………………….. stopni

c) Pacjentma obniżonąostrość wzroku (w korekcji**):**

**** nie dotyczy

**** w oku lewym do: ……………………….…

**** w oku prawym do: …………………………

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance w związku z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych.

.......................................

data

………….….......................................

pieczęć i podpis lekarza okulisty

wystawiającego zaświadczenie