

....., dnia.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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) wynik badania ostrości wzroku został wykonany ze szklami korygującymi

tak nie

e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
pieczęć, nr i podpis

UWAGA: Parametry dotyczące ostrości wzroku i pola widzenia należy podać dla obu oczu w wartościach liczbowych.