

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
proszę zakreślić właściwe pole ☐

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent ma obniżoną **ostrość wzroku** (w korekcji): ☐ *nie dotyczy*

☐ w oku lewym do: stopni ☐ w oku prawym do: stopni

☐	Osoba niepełnosprawna do 16 roku życia, której dotyczy zaświadczenie ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 ☐ tak ☐ nie
☐	Osoba niepełnosprawna powyżej 16 roku życia, której dotyczy zaświadczenie ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 ☐ tak ☐ nie

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

☐ w oku lewym wynosi: ☐ w oku prawym wynosi:

☐	Osoba niepełnosprawna do 16 roku życia, której dotyczy zaświadczenie ma zwężenie pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 30 stopni ☐ tak ☐ nie
☐	Osoba niepełnosprawna powyżej 16 roku życia, której dotyczy zaświadczenie ma zwężenie pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 20 stopni ☐ tak ☐ nie

c) Pacjent jest osobą niewidomą: ☐ tak ☐ nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie

....., dnia

(miejscowość)

.....
pieczętka nr i podpis lekarza