

.....
Pieczętka 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 powyżej 16 roku życia:**

<input type="checkbox"/>	ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
i/lub		
<input type="checkbox"/>	ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

c) Pacjent poniżej 16 roku życia:

<input type="checkbox"/>	ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
i/lub		
<input type="checkbox"/>	ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza