

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
- lekarza okulisty

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
(proszę 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) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak

nie

miejscowość: dnia

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza