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

*Stempel zakładu opieki zdrowotnej .............................., dnia*

*lub praktyki lekarskiej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 ...............stopni, 

w oku prawym ..............stopni,

Zwężone pole widzenia w oku lepszym wynosi do 30 stopni: tak nie 

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi: ....................................................................

w oku prawym wynosi: ..................................................................

Ostrość wzroku ( w korekcji) w oku lepszym równa lub poniżej 0,1: tak nie 

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

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

*(miejscowość ) (data)* (pieczątka, nr i podpis lekarza)