

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

....., dnia

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 Pacjent ma :

a. a) ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3

☐ TAK ☐ NIE

i/lub

b) zwężenie pola widzenia: nie dotyczy

w oku lewym do 30 stopni : TAK ☐ NIE ☐

w oku prawym do 30 stopni : TAK ☐ NIE ☐

3.2.Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:*

Tak ☐ Nie ☐

3.2.Pacjent jest osobą niewidomą:*

Tak ☐ Nie ☐

a) ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1

TAK NIE

i/lub

b) zwężenie pola widzenia: nie dotyczy

w oku lewym do 30 stopni : TAK ☐ NIE ☐

w oku prawym do 30 stopni : TAK ☐ NIE ☐

....., dnia
(miejscowość) (data) (pieczętka, nr i podpis lekarza)