

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

..... dnia
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie**

DYSFUNKCJA WZROKU / OSOBA DOROSŁA (powyżej 16 roku życia)

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej oraz badania pacjenta stwierdza się, że:
 - 1) Dysfunkcja narządu wzroku dotyczy
 - jednego oka oko prawe oko lewe
 - obu oczu
 - 2) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji)
 - oko lewe przekracza 0,05
 - równa lub poniżej 0,05
 - oko prawe przekracza 0,05
 - równa lub poniżej 0,05
 - 3) Pacjent ma zwężenie pola widzenia
 - oko lewe przekracza 20 stopni
 - równe lub poniżej 20 stopni
 - oko prawe przekracza 20 stopni
 - równe lub poniżej 20 stopni
 - 4) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą
 - tak nie

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza