

.....  
**Stempel** 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:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

a) Pacjent powyżej 16 roku życia:

<input type="checkbox"/>	<b>Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku w (korekcji)</b> w oku lewym równą lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym równą lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<b>i/lub</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Pacjent ma zwężenie pola widzenia:</b> w oku lewym do 20 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym do 20 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

b) Pacjent poniżej 16 roku życia:

<input type="checkbox"/>	<b>Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku w (korekcji)</b> w oku lewym równą lub poniżej 0,1 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym równą lub poniżej 0,1 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<b>i/lub</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Pacjent ma zwężenie pola widzenia:</b> w oku lewym do 30 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym do 30 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

c) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak

nie

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

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza