

.....
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

b) Pacjent ma zwężenie pola widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do stopni

w oku prawym do stopni

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

w oku lewym:

w oku prawym:

d) biorąc pod uwagę powyższe stwierdzam, że:

pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

tak nie

.....
(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty