

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejsowość i data)

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. Data i miejsce urodzenia

3. Adres zamieszkania

4. Numer PESEL

5. 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 do: stopni

w oku prawym do: stopni

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

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)