

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

**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 niewidomą:
    - tak               nie
  - e) Pacjent jest osobą niedowidzącą;
    - tak               nie

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć, nr i podpis lekarza)