

.....
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)