

.....
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

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

1. Pacjent jest osobą niedowidzącą:

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:

2. Pacjent jest osobą **niewidomą**

a) osoby do 16 roku życia

ostrość wzroku w korekcji w oku lepszymi nie przekracza 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,

b) osoby powyżej lat 16

ostrość wzroku w korekcji w oku lepszym i nie przekracza 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni..

tak nie

3. Pacjent jest osobą **głuchoniewidomą**:

tak nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza