

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B1/B3)

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,
że **dysfunkcja wzroku** Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ☐
oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równe lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równe lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równe lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równe lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równe lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równe lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Pacjent na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się. ☐ tak ☐ nie Pacjent jest osobą głuchoniewidomą : ☐ tak ☐ nie	pieczętka, nr i podpis lekarza pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość) (data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty