

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

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA OKULISTY

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia do 20 stopni:

tak (ile .....

nie (ile .....

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05

tak (ile .....

nie (ile .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak  nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak  nie

....., dnia .....

(**miejsowość**)

(**data**)

.....  
piczątka, nr. i podpis lekarza