

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA OSOBY NIEWIDOMEJ

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej
do rodzaju niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
dla osób do 16 roku życia

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

(całość zaświadczenia uzupełnia lekarz – jednym charakterem pisma)

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):**

3. **Badanie ostrości wzorku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących - w korekcji.**

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia20.....r.

.....

(miejsowość) (data)

pieczętka, nr_ i podpis