

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
jeśli dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o umiarkowanym

- **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 pieczętą.**

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

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

.....

(miejsowość)

(data)

pieczętą, nr i podpis lekarza