

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o pomoc 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: *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:
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:
 - tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza