

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

.....r.
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim (zadanie B1)**

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

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
(LEKARZA OKULISTY)