

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

.....r.
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (LEKARZA OKULISTY)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim (zwiększenie dofinansowania w module II)

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent z niepełnosprawnością narządu wzroku ma:
 - a) zwężone pole widzenia:
 nie dotyczy
 w oku lewym do 20 stopni
 w oku prawym do 20 stopni
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):
 nie dotyczy
 w oku lewym jest równa lub niższa niż 0,05
 w oku prawym jest równa lub niższa niż 0,05
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:
 tak nie

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