

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA

wydane do wniosku o dofinansowanie 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) Potwierdzam, iż pacjent ma ostrość wzroku (w korelacji) w oku lepszym **równą lub poniżej 0,05**

..... (wpisać słownie **tak** lub **nie**),

lub

c) Potwierdzam, iż u pacjenta występuje **zwężenie pola widzenia do 20 stopni**

(wpisać słownie **tak** lub **nie**)

Uwagi:

.....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą (równoczesne uszkodzenie słuchu i wzroku powodujące duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się):

tak

nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza okuliste

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku