

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

....., dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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) 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: .....
- 4) Pacjent, który jest osobą głuchoniewidomą  Tak  Nie

....., dnia .....

(**miejsowość**)

(**data**)

.....  
pieczętka, nr\_i podpis lekarza