

....., dnia

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu wzroku (04-0)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”

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 prawym do: stopni

w oku lewym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

nie dotyczy

w oku prawym wynosi:

w oku lewym wynosi:

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak

nie

.....

....., dnia

Miejscowość,

data

pieczętka, nr i podpis lekarza