

....., dnia

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy osób z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 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

4. W przypadku gdy pacjent nie jest osobą głuchoniewidomą – dotyczy Obszaru B,
Zadanie 2:

- poziom dysfunkcji narządu wzroku **wymaga** zwiększenia liczby godzin szkolenia;
 poziom dysfunkcji narządu wzroku **nie wymaga** zwiększenia liczby godzin szkolenia;
 nie dotyczy.

....., dnia

(miejsowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza