

**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 .....

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka  obydwu oczu

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,5  |  |
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,5 |  |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym                                |  |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym                               |  |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka lewego   |  |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka prawego  |  |
| <input type="checkbox"/> | Pacjent jest osobą głuchoniewidomą   |  |

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć, nr i podpis lekarz)

**Dla osób powyżej 16 roku życia, których orzeczenie (na poziomie stopnia znacznego) jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku.**