

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B1 B3)

- **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 poniżej 0,1 (lub 0,1)	
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 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)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarz)

Dla osób do 16 roku życia oraz dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie (na poziomie stopnia umiarkowanego) jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku.