

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

.....  
(data)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim  
(osoby z dysfunkcją narządu wzroku)

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: \* .....
  - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie
  - e) Pacjent jest osobą niewidomą: ☐ tak ☐ nie
  - f) Pacjent jest osobą niedowidzącą: ☐ tak ☐ nie

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

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

\*Prosimy o wypełnienie pkt 3b według stopni oraz pkt 3c według skali Snellena