

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

....., dnia.....  
miejscowość data

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polski*

#### I. DANE PODSTAWOWE PACJENTA

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**)

#### II. Proszę wypełnić, gdy pacjentem jest osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności

<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,05	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,05	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia w oku lewym do 20 stopni	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia w oku prawym do 20 stopni	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	
<input type="checkbox"/>	Pacjent jest osobą głuchoniewidomą	

#### III. Proszę wypełnić, gdy pacjentem jest osoba w wieku do 16 roku życia:

<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,3	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,3	
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,1	
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,1	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia w oku lewym do 30 stopni	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia w oku prawym do 30 stopni	
<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 lekarza