

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
dla osób po 16 roku życia, jeśli dysfunkcja nie jest przyczyną wydania orzeczenia i osób
niewidomych

- **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 (**proszę zakreślić właściwe pole** ☐
oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

3. Badanie ostrości wzroku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących - w korekcji.

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent jest osobą:

niewidomą:

☐ tak ☐ nie

głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia20.....r.

.....

(miejscowość) (data)

pieczętka, nr_ i podpis lekarza