

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza okulistę

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” -  
dotyczy osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności (dla osób po 16 roku życia), jeśli  
dysfunkcja narządu wzroku 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.

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent jest osobą:

**niewidomą:**

tak  nie

**głuchoniewidomą:**

tak  nie

....., dnia .....20.....r.

.....

(**miejsowość**) (**data**)

pieczętka, nr, i podpis lekarza