



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
obszar B zadanie 1
obszar B zadanie 2

Zaświadczenie wypełnia lekarz okulista. Prosimy o czytelne wypełnienie, wyłącznie w języku polskim.

Dane pacjenta

Imię i nazwisko		PESEL	
-----------------	--	-------	--

Opis dysfunkcji i charakterystyka schorzeń

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się u pacjenta dysfunkcję

Dysfunkcje narządu wzroku pacjenta				Data
Dysfunkcja dotyczy jednego oka		Dysfunkcja dotyczy obydwu oczu		
Pacjent ma zwężenie pola widzenia w oku	lewym, do stopni	prawym, do stopni	Pieczęćka, numer i podpis lekarza	
Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku	lewym, wynosi	prawym, wynosi		
Pacjent jest osobą głuchoniewidomą	TAK	NIE		