

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

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

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną w niżej wskazanym zakresie
(*proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą*):

Pacjent (**osoba pełnoletnia**) ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub
ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

nie ☐ tak ☐ nie dotyczy ☐

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty

Dodatkowe informacje dotyczące dysfunkcji narządu wzroku pacjenta:

a) **dysfunkcja dotyczy** ☐ jednego oka ☐ obydwu oczu

b) **zwężenie pola widzenia:** ☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym do stopni ☐ w oku prawym do stopni

c) **obniżona ostrość wzroku (w korekcji):** ☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym wynosi ☐ w oku prawym wynosi

d) **pacjent jest osobą głuchoniewidomą¹** ☐ tak ☐ nie

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty

¹ **osoba głuchoniewidoma** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu lekarskim;