

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”

prosimy wypełnić czytelnie

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: dotyczy nie dotyczy

w oku lewym do 30 stopni tak nie

w oku prawym do 30 stopni tak nie

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): dotyczy nie dotyczy

w oku lewym równa lub poniżej niż 0,1 tak nie

w oku prawym równa lub poniżej niż 0,1 tak nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza