

OSOBA DOROSŁA

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

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

- ☐ jednego oka
☐ obydwu oczu

b) Pacjent ma zweżone pole widzenia: ☐ nie dotyczy

- ☐ w oku lewym **do 20 stopni**, ☐ w oku lewym **powyżej 20 stopni**
☐ w oku prawym **do 20 stopni**, ☐ w oku prawym **powyżej 20 stopni**

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

- ☐ w oku lewym **równą lub poniżej 0,05**
☐ w oku prawym **równą lub poniżej 0,05**
☐ w oku lewym **powyżej 0,05**
☐ w oku prawym **powyżej 0,05**

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

- ☐ tak ☐ nie

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

OSOBY W WIEKU DO 16 R.Ż.

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

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

- ☐ jednego oka
☐ obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ nie dotyczy

- ☐ w oku lewym **do 30 stopni**, ☐ w oku lewym **powyżej 30 stopni**
☐ w oku prawym **do 30 stopni**, ☐ w oku prawym **powyżej 30 stopni**

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

- ☐ w oku lewym **równą lub poniżej 0,3**
☐ w oku prawym **równą lub poniżej 0,3**
☐ w oku lewym **powyżej 0,3**
☐ w oku prawym **powyżej 0,3**

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

- ☐ tak ☐ nie

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

OSOBY W WIEKU DO 16 R.Ż.

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

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym **do 30 stopni**, ☐ w oku lewym **powyżej 30 stopni**

☐ w oku prawym **do 30 stopni**, ☐ w oku prawym **powyżej 30 stopni**

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

☐ w oku lewym **równą lub poniżej 0,1**

☐ w oku prawym **równą lub poniżej 0,1**

☐ w oku lewym **powyżej 0,1**

☐ w oku prawym **powyżej 0,1**

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak

☐ nie

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza