

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	pieczętka, nr i podpis lekarza
U Pacjenta występuje dysfunkcja narządu wzroku TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku dotyczy: <input type="checkbox"/> jednego oka <input type="checkbox"/> obydwu oczu Obniżona ostrość wzroku (w korekcji) wynosi: <input type="checkbox"/> w oku prawym <input type="checkbox"/> w oku lewym (należy podać wartości liczbowe w ułamkach dziesiętnych) Zwężenie pola widzenia wynosi: <input type="checkbox"/> w oku lewym <input type="checkbox"/> w oku prawym (należy podać wartości liczbowe w stopniach)	
	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty