

.....
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 specjalisty
Dysfunkcja narządu wzroku dotyczy: <input type="checkbox"/> jednego oka <input type="checkbox"/> obydwu oczu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
dysfunkcja narządu wzroku - obniżona ostrość wzroku (w korekcji w oku lepszym) <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,3 <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,1 <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy (nie występuję żadna z ww. dysfunkcji)</i>	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
dysfunkcja narządu wzroku - zwężenie pola widzenia : <input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 20 stopni <input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 30 stopni <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy (nie występuję żadna z ww. dysfunkcji)</i>	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

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