

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

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU

Wydane przez lekarza okulistę
 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. Rodzaj choroby zasadniczej.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że pacjent posiada niepełnosprawność:

OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI <u>(należy wskazać wg skali SNELLENA!!!)</u>	
Lewe oko: Ostrość wzroku	Prawe oko: Ostrość wzroku
ZWĘŻENIE POLA WIDZENIA	
Lewe oko: Zwężenie pola widzenia stopni	Prawe oko: Zwężenie pola widzenia stopni
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	

....., dnia
 (miejscowość) (data)

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

Pouczenie: zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku