

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

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”- Moduł II

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

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

☐ utraty wzroku

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym do: ..... stopni

☐ w oku prawym do: ..... stopni

c) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji):

☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym wynosi: .....

☐ w oku prawym wynosi: .....

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

(miejscowość)

.....  
pieczętka i podpis lekarza