Stempel zakładu opieki zdrowotnej
……
lub praktyki lekarskiej

……., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B1)

(dla osoby niewidomej posiadającej znaczny stopień niepełnosprawności)

- prosimy zaznaczyć właściwe oraz wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……

   PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. W przypadku dysfunkcji narządu wzroku

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że Pacjent posiada następującą dysfunkcją narządu wzroku (właściwe zaznaczyć):

- ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,05: ☐TAK ☐ NIE

- Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni: ☐TAK ☐ NIE

……
Pieczątka i podpis
lekarza okulisty