

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU

Wydane przez lekarza okulisty  
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:

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

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty

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