

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU

Wydane przez lekarza okulistę
 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 pieczętąką):

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty
Pacjent jest osobą niewidomą: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty
U Pacjenta występuje dysfunkcja narządu wzroku: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Dysfunkcja narządu wzroku dotyczy: <input type="checkbox"/> jednego oka <input type="checkbox"/> obydwu oczu Obniżona ostrość wzroku w korekcji wynosi: <input type="checkbox"/> w oku prawym..... <input type="checkbox"/> w oku lewym..... Zwężenie pola widzenia wynosi: <input type="checkbox"/> w oku prawym.....stopni <input type="checkbox"/> w oku lewym.....stopni	pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty

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