.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **..........................., dnia………………**

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON 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:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do 30 stopni tak, nie

w oku prawym do 30 stopni tak, nie

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym równa lub poniżej 0,1 tak, nie

w oku prawym równa lub poniżej 0,1 tak, nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

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

**( miejscowość)) ( data)  pieczątka, nr i podpis lekarza**

.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **..........................., dnia………………**

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON 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:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do 20 stopni tak, nie

w oku prawym do 20 stopni tak, nie

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym równą lub poniżej 0,05 tak, nie

w oku prawym równą lub poniżej 0,05 tak, nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

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

**( miejscowość)) ( data)  pieczątka, nr i podpis lekarza**