

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

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

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)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

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

....., **dnia**.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

4. Imię i nazwisko Pacjenta

5. PESEL

6. 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)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza