

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim  
wystawione przez lekarza okulistę**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,  
że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz  
potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,1	<p>.....</p> <p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,1	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego, jaka .....	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego, jaka .....	

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 **lub**  
ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni.

TAK  NIE

Pacjent jest osobą niewidomą:

TAK  NIE

.....  
pieczętka, nr  
i podpis lekarza