

stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

#### 1. Dane Pacjenta

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania:

#### 2. 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:

Stopni

w oku prawym do:

Stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

nie dotyczy

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

....., dnia .....,  
(miejscowość)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza