

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
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 (proszę zakreślić właściwe pola):

a) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

TAK -
(pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty)

NIE -
(pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty)

Dotyczy pacjenta w wieku po 16 roku życia:

b) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05:

TAK NIE
(pieczętka, nr i podpis lekarza- okulista)

lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni:

TAK NIE
(pieczętka, nr i podpis lekarza - okulista)

Dotyczy pacjenta w wieku do 16 roku życia:

c) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,01:

TAK NIE
(pieczętka, nr i podpis lekarza - okulista)

lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni:

TAK NIE
(pieczętka, nr i podpis lekarza – okulista)

....., dnia

(miejsowość) (data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty