

.....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**DLA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU**  
wydane przez lekarza okulistę do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” - *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL .....
3. Rodzaj choroby zasadniczej.....  
.....  
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że pacjent posiada niepełnosprawność:

<b>OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI</b> <b><u>(należy wskazać wg skali SNELLENA!!!)</u></b>	
<b>Lewe oko:</b> Ostrość wzoru .....	<b>Prawe oko:</b> Ostrość wzoru .....
<input type="checkbox"/> ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym poniżej 0,1 <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<b>ZWĘŻENIE POLA WIDZENIA</b>	
<b>Lewe oko:</b> Zwężenie pola widzenia ..... stopni	<b>Prawe oko:</b> Zwężenie pola widzenia ..... stopni
<input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 30 stopni <input type="checkbox"/> nie dotyczy	

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

(miejscowość )

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty