

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 powyżej 16 roku życia:**

<input type="checkbox"/>	ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 w skali Snellena	pieczętka, nr i podpis lekarza
i/lub		
<input type="checkbox"/>	ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

c) **Pacjent do 16 roku życia:**

<input type="checkbox"/>	ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 w skali Snellena	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 w skali Snellena	pieczętka, nr i podpis lekarza
i/lub		

<input type="checkbox"/>	ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

e) dysfunkcja górnych kończyn Pacjenta dotyczy

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza