

....., dnia.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Adres Pacjenta
3. PESEL

I. DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent jest osobą: niewidomą z dysfunkcją narządu wzroku

Osoba niewidoma: ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni.

b) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy: jednego oka obydwu oczu

c) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

w oku lewym do 30 stopni TAK NIE

w oku prawym do 30 stopni TAK NIE

d) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji):

w oku lewym równą lub poniżej 0,3 TAK NIE

w oku prawym równą lub poniżej 0,3 TAK NIE

II. DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta występuje:

dysfunkcja obu kończyn górnych

brak obu kończyn górnych

znaczny niedowład obu kończyn górnych

....., dnia
(miejsowość)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty