Załącznik nr 2 do wniosku
w ramach programu „Aktywny samorząd" –
Moduł I Obszar B Zadanie 1
/osoba dorosła/

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia ……

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/wniosek osoby dorosłej/

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 ma zwężenie pola widzenia:

☐ do 20 stopni

☐ *nie dotyczy*

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

☐ w oku lepszym równą lub poniżej 0,05

☐ *nie dotyczy*

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia ....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza