

.....  
**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Wydane do wniosku przez lekarza specjalistę o pomoc 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:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  nie dotyczy

w oku lewym do: ..... stopni

w oku prawym do: ..... stopni

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

w oku lewym wynosi: .....

w oku prawym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak

nie

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

(miejsowość)

(data)

.....  
 (pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)