



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i Nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu)

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że **dysfunkcja
narządu wzroku Pacjenta dotyczy:**

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

a) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej

0,05:

☐ Tak ☐ Nie

b) Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni:

☐ Tak ☐ Nie

c) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ niedowidzącą ☐ niewidomą ☐ głuchoniewidomą

**Jeśli tak, pacjent jest uznany (zgodnie z Kierunkami programu Aktywny Samorząd
PFRON) za osobę niewidomą.**

..... dnia.....

(miejscowość)

(data)

.....
pieczęć, podpis lekarza okul.