

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, wydane dla potrzeb programu „Aktywny samorząd” – dla osób po 16 roku życia, jeśli dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności – prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Państwa dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,05 Pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,05 Pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym Pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym Pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia 20.....r.
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)