

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie 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 głuchą: nie tak

ubytek słuchu w uchu lewym decybeli (db)

ubytek słuchu w uchu prawym decybeli (db)

e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

f) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy: tak nie

g) Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego: tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza