

.....  
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