

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

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: niepełnosprawność pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą : TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja narządu wzroku dotyczy: <input type="checkbox"/> jednego oka <input type="checkbox"/> obydwu oczu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja narządu wzroku – zwężenie pola widzenia : <input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 20 stopni , <input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 30 stopni <input type="checkbox"/> nie dotyczy (<u>nie występuje żadna z ww. dysfunkcji</u>)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja narządu wzroku – obniżona ostrość wzroku (w korekcji w oku lepszym) : <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,1 <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,3 <input type="checkbox"/> nie dotyczy (<u>nie występuje żadna z ww. dysfunkcji</u>)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

....., dnia
 (miejscowość) (data)

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