



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

.....

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

Adres zamieszkania:

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 niewidomą: tak nie

Pacjent ma zwężone pole widzenia: tak nie

w oku lewym do: stopni

w oku prawym do: stopni

Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): tak nie

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

e) Pacjent jest osobą niedowidzącą: tak nie

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza okulisty