

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wydane dla potrzeb PFRON – pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Imię i nazwisko Pacjenta

Data Urodzenia PESEL

Miejsce zamieszkania.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

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:

c) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

.....
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka i podpis lekarza okulisty*