



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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA OKULISTY

(wydane dla potrzeb PFRON – pilotażowy program „Aktywny samorząd” B1)
dla osób niepełnosprawnych do 16 r.ż
-prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Miejsce zamieszkania
(adres zamieszkania z kodem pocztowym)

**4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że
dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy:**

jednego oka obydwu oczu

<input type="checkbox"/>	Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni	pieczętka, nr i podpis lekarza

**(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić pieczętką i podpisem)*

.....
(miejscowość, data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty