

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

## 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. Adres zamieszkania.....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:**

<b>Dysfunkcja narządu słuchu</b>	<b>Ubytek słuchu:</b>  Lewe ucho powyżej 70 dB <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  Prawe ucho powyżej 70 dB <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Data, pieczętka i podpis lekarza
<b>Dysfunkcja narządu wzroku</b>	<b>Pacjent ma zwężone pole widzenia:</b> w oku lewym do 20 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym do 20 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  <b>Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):</b> w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,05 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,05 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Data, pieczętka i podpis lekarza
<b>Dysfunkcja narządu słuchu i wzroku</b>	<b>Pacjent jest osobą głuchoniewidomą :</b>  <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Data, pieczętka i podpis lekarza
<b>Dysfunkcja narządu ruchu</b>	<b>Pacjent jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim :</b>  <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Data, pieczętka i podpis lekarza