

.....
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:

Dysfunkcja narządu ruchu	Pacjent jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Daty, pieczętka i podpis lekarza
Dysfunkcja narządu słuchu	Ubytek słuchu: 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
Dysfunkcja narządu wzroku	Pacjent ma zwężone pole widzenia: 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 Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): 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

.....
Data i podpis lekarza

