.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb PCPR w Lipnie - pilotażowego programu „Aktywny samorząd"
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta: .....

2. PESEL: _____

3. Zakres dysfunkcji narządu wzroku pacjenta (opis): ….....
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: ….....
….....
.....

5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

a) pacjent jest niewidomy ☐ tak ☐ nie

b) niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta dotyczy:
- ☐ jednego oka
- ☐ obydwu oczu

c) Pacjent ma zwężenie pola widzenia: ☐ nie dotyczy
- ☐ w oku lewym do …..... stopni
- ☐ w oku prawym do …..... stopni

d) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ nie dotyczy
- ☐ w oku lewym wynoszącą: ….....
- ☐ w oku prawym wynoszącą: .....

Uwagi dodatkowe:
….....
.....
.....

....., dnia .....
(miejscowość) *(data)*

.....
pieczątka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie