

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb PCPR w Lipnie – program „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)

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