

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Rodzaj schorzenia (opis):
.....
.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,05	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,3	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,1	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – zwężenie pola widzenia do 30 stopni	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – zwężenie pola widzenia do 20 stopni	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu kończyn górnych – wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu kończyn górnych – charakteryzuje się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli w uchu lepszym	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętąka, nr i podpis lekarza