

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - 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
(miejsowość) (data)

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