

.....  
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