

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

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - 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) pieczętka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie