

Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – **Moduł I**
obszar B1 dla osoby w wieku do 16 roku życia oraz B3 dla osób z umiarkowanym stopniem
niepełnosprawności

.....

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

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Adres Pacjenta

3. PESEL

I. DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent jest osobą: niewidomą z dysfunkcją narządu wzroku

b) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy: jednego oka obydwu oczu

c) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

w oku lewym do 30 stopni TAK NIE

w oku prawym do 30 stopni TAK NIE

d) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji):

w oku lewym równą lub poniżej 0,01 TAK NIE

w oku prawym równą lub poniżej 0,01 TAK NIE

II. DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta występuje:

dysfunkcja obu kończyn górnych

brak obu kończyn górnych

znaczny niedowład obu kończyn górnych

....., dnia

(miejsowość)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty

[Wpisz tekst]