

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji  
barier architektonicznych dla potrzeb PCPR w Trzciance*

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że  
dysfunkcja narządu wzroku dotyczy (zakreślić właściwe):

a)  Pacjent całkowicie utracił wzrok  nie dotyczy

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  nie dotyczy

w oku lewym do: ..... stopni

w oku prawym do: ..... stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

nie dotyczy

w oku lewym do: .....

w oku prawym do: .....

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie  
w Trzciance w związku z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier  
architektonicznych.

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
okulisty wystawiającego zaświadczenie