

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ nie dotyczy

w oku lepszym do: ☐ do 20 stopni ☐ do 30 stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ nie dotyczy

w oku lepszym : ☐ równą lub poniżej 0,05

☐ równą lub poniżej 0,1

d) Pacjent jest osobą niewidomą

☐ tak ☐ nie

e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą

☐ tak ☐ nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza okulisty