Załącznik nr 8 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – ***obszar B, Zadanie 1***

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……., dnia ……

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B1)

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***
wystawione przez lekarza okulistę

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,05 (lub 0,05)	
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawnym poniżej 0,05 (lub 0,05)	
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	
☐	Inna dysfunkcja oka lewego, jaka ……	
☐	Inna dysfunkcja oka prawego, jaka ……..	…… pieczątka, **nr** i podpis lekarza

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 **lub** ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni.

☐ TAK ☐ NIE

Pacjent jest osobą niewidomą:

☐ TAK ☐ NIE

……

pieczątka, **nr**
i podpis lekarza