

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....  
miejsowość

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B3)

- *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 pieczętą*):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	<p>..... pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego, jaka .....	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego, jaka .....	

Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka       obydwu oczu

U Pacjenta występuje dysfunkcja narządu wzroku powodująca obniżenie ostrości wzroku  
(w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub zwężenie pola widzenia do 30  
stopni.

TAK       NIE

.....  
pieczętka, nr  
i podpis lekarza