

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,05 (lub 0,05)	
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,05 (lub 0,05)	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego, jaka	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego, jaka pieczętka, nr i podpis lekarza

Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka obydwu oczu

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

TAK NIE

.....
pieczętka, nr
i podpis lekarza

