

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 pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,3	<p>.....</p> <p>pieczętą, nr i podpis lekarza</p>
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,3	
<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

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub
ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni.

TAK NIE

U Pacjenta ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole
widzenia jest zwężone do 30 stopni.

TAK NIE

.....

pieczętą, nr
i podpis lekarza