

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	
<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	
	 pieczętka, nr i podpis lekarza

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