Załącznik nr 9 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***):

☐	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,3	
☐	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawnym równa lub poniżej 0,3	
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 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 0,3 **lub** ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni.

☐ TAK ☐ NIE

Pacjent jest osobą niewidomą (w rozumieniu programu): ostrość wzroku w korekcji w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 **lub** pole widzenia jest zwężone do 30 stopni.

☐ TAK ☐ NIE

……

pieczątka, **nr**
i podpis lekarza