

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar B zadanie 3

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

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