

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
dnia lub praktyki lekarskiej

.....,

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu
„Aktywny samorząd” (B3)
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej i badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy - **proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

| | | |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| <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) | |
| <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 | |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka prawego | |