

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

Obszar B zadanie 1 – Dotyczy osoby po 16 roku życia	
Pacjent ma zwężone pole widzenia w oku lepszym do 20 stopni	pieczętka i podpis lekarza
Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05	pieczętka i podpis lekarza
Pacjent nie spełnia żadnego z powyższych warunków	pieczętka i podpis lekarza
Obszar B zadanie 1 – Dotyczy osoby do 16 roku życia	
Pacjent ma zwężone pole widzenia w oku lepszym do 30 stopni	pieczętka i podpis lekarza
Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1	pieczętka i podpis lekarza
Pacjent nie spełnia żadnego z powyższych warunków	pieczętka i podpis lekarza
Obszar B zadanie 3 – Dotyczy osoby po 16 roku życia	
Pacjent ma zwężone pole widzenia w oku lepszym do 30 stopni	pieczętka i podpis lekarza
Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1	pieczętka i podpis lekarza
Pacjent nie spełnia żadnego z powyższych warunków	pieczętka i podpis lekarza