

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

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim
(osoby z dysfunkcją narządu wzroku)

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
 - b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ nie dotyczy
☐ w oku lewym do:* stopni
☐ w oku prawym do:* stopni
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ nie dotyczy
☐ w oku lewym wynosi:*
☐ w oku prawym wynosi: *
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie
 - e) Pacjent jest osobą niewidomą: ☐ tak ☐ nie
 - f) Pacjent jest osobą niedowidzącą: ☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza okulisty

*Prosimy o wypełnienie pkt 3b według stopni oraz pkt 3c według skali Snellena