

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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:
(*proszę podkreślić właściwe stwierdzenie lub zaznaczyć obok x*)

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐	Jednego oka
☐	Obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

☐	w oku lewym do: stopni
☐	w oku prawym do: stopni
☐	nie dotyczy

c) **Pacjent (powyżej 16 roku życia)** ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05:

☐	Tak
☐	Nie
☐	Nie dotyczy

d) **Pacjent (w wieku do 16 roku życia)** ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3:

☐	Tak
☐	Nie
☐	Nie dotyczy

4. Pacjent jest osobą niewidomą:

a) **powyżej 16 roku życia**, której ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05:

	Tak
	Nie
	Nie dotyczy

b) **poniżej 16 roku życia** (wniosek dotyczy dziecka), której ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1:

	Tak
	Nie
	Nie dotyczy

....., dnia
(miejscowość) (data) (pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)

