

Załącznik do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar B Zadanie 3

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL

3. 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 01)	Pieczętka, nr lekarza i podpis
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 01)	Pieczętka, nr lekarza i podpis
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	Pieczętka, nr lekarza i podpis
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	Pieczętka, nr lekarza i podpis
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	Pieczętka, nr lekarza i podpis
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	Pieczętka, nr lekarza i podpis

Wynik badania ostrości wzroku został wykonany ze szklami korygującymi: tak nie

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

.....
miejsowość i data

.....
pieczętka, nr lekarza i podpis

Uwaga: parametry dotyczące ostrości wzroku i pola widzenia należy podać dla obu oczu w wartościach liczbowych