

program finansowany ze środków PFRON

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 lub badania stwierdza się,
że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole*)

Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym
poniżej 0,1 (lub 0,1)

Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym
poniżej 0,1 (lub 0,1)

Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym

Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym

Inna dysfunkcja oka lewego - jaka?

Inna dysfunkcja oka prawego - jaka?

....., dnia

.....

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr_i podpis lekarza okulisty