



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

.....

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr_i podpis lekarza okulisty