

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dotyczy osób niepełnosprawnych do 16 roku życia)

wydane przez lekarza okulistę

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- *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 oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

3. **Badanie ostrości wzroku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących - w korekcji.**

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia 20.....r.

.....

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza