

**Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
MODUŁ I OBSZAR B zad 1 i zad 3**

..... Miejscowość, dnia

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:

a) Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

- jednego oka
- obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia (w korekcji):

- Tak**
 - w oku lewym : stopni (wypełnić czytelnie)
 - w oku prawym : stopni (wypełnić czytelnie)
- Tak** **Nie dotyczy**

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

- Tak**
 - w oku lewym wynosi: (wypełnić czytelnie – zapis dziesiętny)
 - w oku prawym wynosi: (wypełnić czytelnie- zapis dziesiętny)
- Nie** **Nie dotyczy**

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

- tak nie

e) Pacjent jest osobą niedowidzącą:

- tak nie

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

- tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)