

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza okulistę
do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
dla osób do 16 roku życia - wzrok
- **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.

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

....., dnia20.....r.

.....

(**miejsowość**) (**data**)

pieczętka, nr_ i podpis lekarza