

Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł I, Obszar B – zadanie 3



Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

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

Adres zamieszkania:

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?.....

Osoba niewidoma

Osoba niedowidząca

Osoba głuchoniewidoma

..... dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr_ i podpis okulisty