**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **……............., dnia ……….…**

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 ……........................................................................................

 PESEL

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** **lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1) |  |
|  | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawnym 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 |  |
|  | Inna dysfunkcja oka prawego | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………. |  |