

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B1)
(dotyczy osób niepełnosprawnych do 16 roku życia)

- 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 pieczętką):

| | | |
|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,3 (lub 0,3) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,3 (lub 0,3) | |
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1) | |
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1) | |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym | |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym | |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka lewego | |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka prawego | |
| <input type="checkbox"/> | Pacjent jest osobą niewidomą | |