

.....
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 oraz właściwie zaznaczyć**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy:

a) Pacjent ma zwężone pole widzenia: nie dotyczy

• do 30 stopni -tak -nie

• uwagi.....

b) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji): nie dotyczy

• w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 -tak -nie

• uwagi.....

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza okulisty