

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA OKULISTY

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia do 30 stopni:

tak (ile

nie (ile

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 :

tak (ile

nie (ile

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza