

Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywnym samorząd” w 2019 r. –
Moduł I Obszar B Zadanie 1 i Zadanie 2 (dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

| | | |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) <u>w oku lewym poniżej 0,05 (lub 0,05)</u> | pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty |
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) <u>w oku prawym poniżej 0,05 (lub 0,05)</u> | |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia <u>do 20 stopni w oku lewym</u> | |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia <u>do 20 stopni w oku prawym</u> | |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka lewego | |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka prawego | |