

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 praktyki lekarskiej

....., dnia lub

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 stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent powyżej 16 roku życia:

Pacjent ma ostrość wzroku w (korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym równą lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
i/lub	
Pacjent ma zwężenie pola widzenia: w oku lewym do 20 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym do 20 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

c) Pacjent poniżej 16 roku życia:

Pacjent ma ostrość wzroku w (korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,3 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym równą lub poniżej 0,3 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
i/lub	
Pacjent ma zwężenie pola widzenia: w oku lewym do 30 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym do 30 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak

nie

....., dnia

.....

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, nr_ i podpis lekarza okulisty