

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA OSOBY NIEWIDOMEJ DO 16 ROKU ŻYCIA**

wydane przez lekarza okulistę 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 wzroku Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)
4. Badanie ostrości wzroku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących – w korekcji

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,1	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,1	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	Pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia 20.....r.
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)