

**Modul I Obszar B Zadanie 3**

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

1. Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko .....

Numer PESEL .....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

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

\*W przypadku pomyłki proszę o poprawienie jej poprzez przekreślenie i podpisanie się obok

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)