



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

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 pieczętą):

<input type="checkbox"/>	obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	
<input type="checkbox"/>	zweżenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	zweżenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	inna dysfunkcja oka prawego	

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętą, nr_ i podpis lekarza