

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU
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. Rodzaj choroby zasadniczej.....
.....
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że pacjent posiada niepełnosprawność:

OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI <u>(należy wskazać wg skali SNELLENA!!!)</u>	
Lewe oko: Ostrość wzoru	Prawe oko: Ostrość wzoru
<input type="checkbox"/> ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym poniżej 0,1 <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
ZWĘŻENIE POLA WIDZENIA	
Lewe oko: Zwężenie pola widzenia stopni	Prawe oko: Zwężenie pola widzenia stopni
<input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 30 stopni <input type="checkbox"/> nie dotyczy	

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty