

Załącznik nr 2c do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar B Zadanie nr 3

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....
(miejsowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

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

3. Na podstawie powyższego stwierdzam, iż Pacjent ma obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni*

tak nie

....., dnia
(miejsowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić