

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### DLA OSOBY NIEWIDOMEJ DO 16 ROKU ŻYCIA

wydane przez lekarza okulistę 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 ):

3. **Badanie ostrości wzorku 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 ostrości 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 lewego .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....20.....r.

(miejscowość) (data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis