

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY

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 wzroku Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

W przypadku obszaru B zadanie nr 1

Dla osób z niepełnosprawnością powyżej 16 roku życia		
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05.	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lepszym.	
Dla osób z niepełnosprawnością do 16 roku życia		
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3.	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lepszym.	

W przypadku Obszaru B zadanie nr 3

Dla osób z niepełnosprawnością powyżej 16 roku życia		
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1.	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lepszym.	