

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

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczętą**):

Pacjent po 16 roku życia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,05
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,05
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego
Pacjent do 16 roku życia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,3
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,3
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub niższa niż 0,1
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub niższa niż 0,1
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego

.....  
pieczętą, nr i podpis lekarza