
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie
do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
obszar B zadanie 1
obszar B zadanie 3

Zaświadczenie wypełnia lekarz okulista. Prosimy o czytelne wypełnienie.

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Opis dysfunkcji narządu wzroku (na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania)

W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola przy każdym stwierdzeniu)

Dysfunkcje narządu wzroku pacjenta dotyczy jednego oka ☐ Nie ☐ Tak

Dysfunkcje narządu wzroku pacjenta dotyczy obydwu oczu ☐ Nie ☐ Tak

Pacjent ma zwężenie pola widzenia w oku lewym do _____ stopni, w oku prawym _____ do stopni

Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym wynosi _____, w oku prawym wynosi _____

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą ☐ Nie ☐ Tak

Data, pieczętka, numer i podpis lekarza _____