
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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, pieczęć, numer i podpis lekarza _____