

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B3)

- **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**):

|                          |                                                                              |                                   |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym<br>poniżej 0,1 (lub 0,1)  | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym<br>poniżej 0,1 (lub 0,1) |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym                              |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka lewego                                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka prawego                                                  |                                   |