(Moduł I Obszar B Zadanie nr 1
dot. dysfunkcji narządu wzroku)

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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 stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:**

U OSOBY DOROSŁEJ

☐ **zwężenia pola widzenia do 20 stopni.**

☐ **ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równej lub poniżej 0,05.**

☐ **nie dotyczy.**

U OSOBY DO 16 R.Ż.

☐ **zwężenia pola widzenia do 30 stopni.**

☐ **ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równej lub poniżej 0,3.**

☐ **nie dotyczy.**

U DOROSŁEJ OSOBY NIEWIDOMEJ

☐ **zwężenia pola widzenia do 20 stopni.**

☐ **ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równej lub poniżej 0,05.**

☐ **nie dotyczy.**

U OSOBY NIEWIDOMEJ DO 16 R. Ż.

☐ **zwężenia pola widzenia do 30 stopni.**

☐ **ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równej lub poniżej 0,1.**

☐ **nie dotyczy.**

…….,dnia…….. ……

miejscowość data pieczątka i podpis lekarza specjalisty