Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

☐	Ostrość wzroku **(w korekcji)** w oku lepszym – **równa lub poniżej 0,1** **tak** ☐ **nie** ☐ Ostrość wzroku **(w korekcji)** w oku lepszym - **powyżej 0,1** **tak** ☐ **nie** ☐ Parametry dla obu oczu (w wartościach liczbowych- ułamki dziesiętne lub właściwe, np. brak poczucia światła „0.0”) - w oku prawym …… - w oku lewym ……
☐	Zwężenie pola widzenia w oku lepszym **do 30 stopni** **tak** ☐ **nie** ☐ Zwężenie pola widzenia w oku lepszym **powyżej 30 stopni** **tak** ☐ **nie** ☐ Parametry dla obu oczu (w wartościach liczbowych- podane w stopniach) - w oku prawym …… - w oku lewym ……
☐	Pacjent jest osobą **głuchoniewidomą.**
☐	Pacjent w związku z poziomem dysfunkcji narządu wzroku wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia w zakresie obsługi nabytego sprzętu elektronicznego i oprogramowania. **tak** ☐ **nie** ☐ **nie dotyczy** ☐

Ujęcie w zaświadczeniu jedynie zapisów typu: „nie dotyczy”, „nie można wykonać badania” lub tylko wartości opisowych, będzie traktowane jako brak przedstawienia niezbędnych informacji o danym parametrze.

……, dnia …… ……

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_i podpis lekarza okulisty