

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. W przypadku dysfunkcji narządu wzroku

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że Pacjent posiada następującą dysfunkcją narządu wzroku (właściwie zaznaczyć):

- ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,1:  TAK  NIE

- Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni:  TAK  NIE

.....

Pieczętka i podpis  
lekarza okulisty