

Załącznik nr 2b
do wniosku w ramach modułu I
obszar B zadanie 1

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 Pacjent:

1) osoba do 16 roku życia:

ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

TAK

NIE

2) osoba do 16 roku życia:

ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

TAK

NIE

3) osoba powyżej 16 roku życia:

ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni

TAK

NIE

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka i podpis lekarza