Załącznik nr 1 do formularza wniosku– **Moduł I Obszar B Zadanie nr 1 i nr 3**

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……., dnia ……..

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- ***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:

   ☐ jednego oka ☐ obydwu oczu

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,5	
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawnym równa lub mniejsza niż 0,5	
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	
☐	Inna dysfunkcja oka lewego	
☐	Inna dysfunkcja oka prawego	
☐	Pacjent jest osobą głuchoniewidomą	

……, dnia ……
(miejscowość) (data)

……
(pieczątka, nr i podpis lekarz)

Dla osób powyżej 16 roku życia, których orzeczenie (na poziomie stopnia znacznego) jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku.