# Załącznik nr 8 do wniosku w ramach pilotażowego programu

# „Aktywny samorząd” – B1 - dorośli i dzieci po 16 r.ż.

Stempel zakładu opieki zdrowotnej …………………………………………….

lub gabinetu lekarskiego miejscowość, data

# ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY

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

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta

....................................................................................................................................

1. PESEL
2. Adres zamieszkania

.............................................................................................................................................................

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,05 (lub 0,05) |  |
|  | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawnym  poniżej 0,05 (lub 0,05) |  |
|  | Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym |  |
|  | Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym |  |
|  | Osoba niewidoma |  |
|  | Inna dysfunkcja oka lewego |  |
|  | Inna dysfunkcja oka prawego | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |