#  Załącznik nr 10 do wniosku w ramach pilotażowego programu

#  „Aktywny samorząd” – Obszar B3-dorośli

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 się stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1) |  |
|  | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawnym poniżej 0,1 (lub 0,1) |  |
|  | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym |  |
|  | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym |  |
|  | Inna dysfunkcja oka lewego |  |
|  | Inna dysfunkcja oka prawego | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |