**Załącznik nr 10**

**program „Aktywny samorząd”**

**Moduł I Obszar B Zadanie 1**

…………………………………………………

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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:

1. dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

□ jednego oka

□ obydwu oczu

1. Pacjent ma zwężone pole widzenia: □ nie dotyczy

□ oku lewym do: ……………………………. stopni

□ w oku prawym do: ………………………… stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): □ nie dotyczy

□ w oku lewym wnosi: ......................................................................

□ w oku prawym wynosi: …………………………………………………

1. Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: □ tak □ nie

………………………, dnia…………………… ……………………………….

Miejscowość pieczątka i podpis lekarza specjalisty