Załącznik nr 4 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar B Zadanie 1

…… ……....., dnia ……..…

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę

wydane dla potrzeb programu **„Aktywny samorząd”**

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta …….....

PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

☐ w oku lewym do: ..... stopni

☐ w oku prawym do: ..... stopni

☐ nie dotyczy

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

☐ w oku lewym wynosi: .....

☐ w oku prawym wynosi: .....

☐ nie dotyczy

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą:

☐ tak ☐ nie

.....

pieczątka, nr i podpis lekarza