*Załącznik nr 3d do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”– **Moduł I Obszar B Zadanie nr 1***

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej ……..…., **dnia……..**

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

# DLA OSOBY NIEWIDOMEJ

**wydane przez lekarza okulistę**

**do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”**

**dla osób do 16 roku życia – osoba niewidoma**

- ***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 (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

3. **Badanie ostrości wzorku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących - w korekcji.**

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

4. Pacjent jest osobą:

**niewidomą:**

☐ tak ☐ nie

**głuchoniewidomą:**

☐ tak ☐ nie

....., dnia .....20.....r.

(**miejscowość** ) (**data**)

.....

pieczątka, nr_ i podpis