*Załącznik nr 28 do Zarządzenia nr 12.2019*

*Dyrektora PCPR w Olkuszu z dnia 26.03.2019r.  
 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

*Moduł I. Obszar B. Zadanie 3*

***( dysfunkcja narządu wzroku)***

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” ( B3 )

prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta ......................................................................................................
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że      dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy ( proszę zakreślić właściwe pole):

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

Ewentualne uwagi : ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Miejscowość: …………………………… data ………………

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

pieczątka i podpis lekarza okulisty