*Załącznik nr 27 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 1*

***( dysfunkcja narządu wzroku )***

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” ( B1 )

**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 oraz potwierdzić      podpisem i pieczątką):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Osoby niepełnosprawne w wieku powyżej 16 roku życia** | | **Osoby niepełnosprawne w wieku do 16 roku życia** | |
|  | Obniżenie ostrości wzroku w oku lewym  ( w korekcji ) równą lub poniżej 0,05 |  | Obniżenie ostrości wzroku w oku lewym  ( w korekcji ) równą lub poniżej 0,1 |
|  | Obniżenie ostrości wzroku w oku prawym  ( w korekcji ) równą lub poniżej 0,05 |  | Obniżenie ostrości wzroku w oku prawym  ( w korekcji ) równą lub poniżej 0,1 |
|  | Zwężenie pola widzenia w oku lewym do 20 stopni |  | Zwężenie pola widzenia w oku lewym do 30 stopni |
|  | Zwężenie pola widzenia w oku prawym do 20 stopni |  | Zwężenie pola widzenia w oku prawym do 30 stopni |
|  | Inna dysfunkcja oka lewego |  | Inna dysfunkcja oka lewego |
|  | Inna dysfunkcja oka prawego |  | Inna dysfunkcja oka prawego |

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

Miejscowość: …………………………… data ………………

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

pieczątka i podpis lekarza okulisty