Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Załącznik nr 2c do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar B Zadanie nr 3

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia……...
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- ***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***):

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

3. Na podstawie powyższego stwierdzam, iż Pacjent ma obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni*

   ☐ tak ☐ nie

*niepotrzebne skreślić

....., dnia .....
(**miejscowość**) (**data**)

.....
pieczątka, nr i podpis lekarza