

Obszar B 3 – jeśli orzeczenie jest inne niż 04 - O

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia

.....  
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

.....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,

że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* ☐  
*oraz potwierdzić podpisem i pieczętą*):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej lub równą 0,1 (lub 0,1)	
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 lub równą (lub 0,1)	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	

..... dnia .....

(miejscowość)

(data)

pieczętą, nr i podpis lekarza

### Informacja:

**Dysfunkcji narządu wzroku** – należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu – także dysfunkcję powodującą obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w **oku lepszym** poniżej 0,1 (lub 0,1) i/lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni, potwierdzoną zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza okulistę.