__Załącznik nr 3c__ do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –
Moduł I Obszar B Zadanie nr 1 i 3

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1.Imię i nazwisko Pacjenta: ……

2.PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

3.Zakres dysfunkcji narządu wzroku pacjenta (opis): ….....
……
……...

4.Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: …….....
……
……
……

5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

a) pacjent jest niewidomy □ tak □ nie

b) niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta dotyczy:
- □ jednego oka
- □ obydwu oczu

c) Pacjent ma zwężenie pola widzenia: □ nie dotyczy
- □ w oku lewym do …..... stopni
- □ w oku prawym do …..... stopni

d) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): □ nie dotyczy
- □ w oku lewym wynoszącą: ….....
- □ w oku prawym wynoszącą: .....

Uwagi dodatkowe:
….....
.....
.....

..... , dnia ....
(miejscowość) ***(data)*** ***pieczątka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie***