

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd.”

Uprzejmie prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim z uwzględnieniem poniższych instrukcji.

Niewłaściwe wypełnienie dokumentu będzie skutkowało koniecznością jego ponownego wystawienia lub brakiem możliwości przyznania dofinansowania.

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL

W każdym przypadku należy podać parametry ostrość lub pole widzenia dla obu oczu
Ujęcie w zaświadczeniu wyłącznie zapisów typu : „nie dotyczy,” „nie można wykonać badania” lub tylko wartości opisowych, będzie traktowane jako brak informacji o danym parametrze.

PACJENT MA ZAWĘŻONE POLE WIDZENIA

OKO LEWE	OKO PRAWO
<input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> stopni	<input type="checkbox"/> stopni
.....

W zaświadczeniu muszą się znaleźć wartości liczbowe, nie można podawać wyłącznie określeń typu: „widzenie szczelinowe”, „widzi tylko obwodowo.”

W odniesieniu do dzieci do 16 roku życia nie wymaga się przedstawienia wyniku badania pola widzenia.

PACJENT MA OBNIŻONĄ OSTROŚĆ WZROKU

OKO LEWE	OKO PRAWO
<input type="checkbox"/> tak: <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak: <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/>(ułamek)	<input type="checkbox"/>(ułamek)
<input type="checkbox"/> 0,00 (np. „całkowita ślepota”, „brak poczucia światła”)	<input type="checkbox"/> 0,00 (np. „całkowita ślepota”, „brak poczucia światła”)

W zaświadczeniu muszą się znaleźć wartości liczbowe.

Badanie ostrości wzroku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących

tak nie

Badanie ostrości wzroku powinno być wykonane z użyciem szkieł korygujących.

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Uwaga: Zaświadczenie ważne 120 dni od daty wystawienia