

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
 - a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:
☐ jednego oka
☐ obydwu oczu
 - b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ *nie dotyczy*
☐ w oku lewym do: stopni
☐ w oku prawym do: stopni
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ *nie dotyczy*
☐ w oku lewym wynosi :
☐ w oku prawym wynosi :
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą (należy przez to rozumieć osobą niepełnosprawną, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się):
☐ tak ☐ nie
 - e) Pacjent jest osobą niewidomą:
należy przez to rozumieć:
 - osobę niepełnosprawną dorosłą posiadającą znaczny stopień niepełnosprawności – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,
 - osobę niepełnosprawną w wieku do 16 roku życia – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni.☐ tak ☐ nie
 - f) Pacjent jest osobą niedowidzącą:
☐ tak ☐ nie
4. Na podstawie powyższego stwierdzam, iż Pacjent ma ostrość wzroku w
(imię i nazwisko)
oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni*.
 - dotyczy osoby powyżej 16 roku życia☐ tak ☐ nie

Na podstawie powyższego stwierdzam, iż Pacjent..... ma ostrość
(imię i nazwisko)

wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni* - dotyczy osoby do 16 roku życia.

*niepotrzebne skreślić

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza