

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
PESEL
2. 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
3. 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)

.....
pieczęć, nr_ i podpis lekarza