

.....
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*:

tak nie

f) Pacjent jest osobą niedowidzącą:

tak nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, nr_ i podpis lekarza

UWAGA!!

*osoba niepełnosprawna dorosła – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,

* osoba niepełnosprawna w wieku do 16 roku życia – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni.