

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
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) dotyczy osób niepełnosprawnych posiadających znaczny stopień niepełnosprawności
lub orzeczenie równoważne:

Pacjent ma zwężone pole widzenia do 20 stopni: ☐ tak ☐ nie

Zwężenie w oku lewym wynosi: stopni

Zwężenie w oku prawym wynosi: stopni

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05: ☐ tak ☐ nie

Ostrość wzroku w korekcji w oku lewym wynosi:

Ostrość wzroku w korekcji w oku prawym wynosi:

c) dotyczy osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia:

Pacjent ma zwężone pole widzenia do 30 stopni: ☐ tak ☐ nie

Zwężenie w oku lewym wynosi: stopni

Zwężenie w oku prawym wynosi: stopni

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1: ☐ tak ☐ nie

Ostrość wzroku w korekcji w oku lewym wynosi:

Ostrość wzroku w korekcji w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza