

.....  
**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 powyżej 16 roku życia 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

.....  
pieczęć, nr i podpis lekarza