

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
proszę zakreślić właściwe pole

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

	Osoba niepełnosprawna <u>do 16</u> roku życia, której dotyczy zaświadczenie <u>ma ostrość</u> wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1
	Osoba niepełnosprawna <u>do 16</u> roku życia, której dotyczy zaświadczenie <u>nie ma ostrości</u> wzroku (w korekcji) w oku lepszym równej lub poniżej 0,1
	Osoba niepełnosprawna <u>powyżej 16</u> roku życia, której dotyczy zaświadczenie <u>ma ostrość</u> wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05
	Osoba niepełnosprawna <u>powyżej 16</u> roku życia, której dotyczy zaświadczenie <u>nie ma ostrość</u> wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi: .....      w oku prawym wynosi: .....

	Osoba niepełnosprawna <u>do 16</u> roku życia, której dotyczy zaświadczenie <u>ma</u> zwężenie pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 30 stopni
	Osoba niepełnosprawna <u>do 16</u> roku życia, której dotyczy zaświadczenie <u>nie ma</u> zwężenia pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 30 stopni
	Osoba niepełnosprawna <u>powyżej 16</u> roku życia, której dotyczy zaświadczenie <u>ma</u> zwężenie pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 20 stopni
	Osoba niepełnosprawna <u>powyżej 16</u> roku życia, której dotyczy zaświadczenie <u>nie ma</u> zwężenia pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 20 stopni

d) Pacjent jest osobą niewidomą:                      tak                      nie

e) Pacjent jest osobą niedowidzącą:                      tak                      nie

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:                      tak                      nie

....., dnia .....

(miejscowość)

.....

pieczętka nr i podpis lekarza