

.....
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 obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym do: stopni w oku prawym do: stopni

<input type="checkbox"/>	Osoba niepełnosprawna <u>do 16</u> roku życia, której dotyczy zaświadczenie <u>ma ostrość</u> wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3
<input type="checkbox"/>	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 0,3
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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 zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi: w oku prawym wynosi:

<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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.....
(miejsowość)

.....
pieczętka nr i podpis lekarza