

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL .....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

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

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

<input type="checkbox"/>	Osoba niepełnosprawna <b>do 16</b> 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 <b>do 16</b> 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 <b>powyżej 16</b> 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 <b>powyżej 16</b> roku życia, której dotyczy zaświadczenie <u>nie ma ostrości</u> wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05

b) Pacjent ma zwężone **pole widzenia**:  *nie dotyczy*

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

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

c) Pacjent jest osobą niewidomą:  tak  nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  tak  nie

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

(miejscowość)

.....  
pieczętka nr i podpis lekarza