

.....  
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) 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: .....

|  |                                                                                                                                                               |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 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.....

.....

pieczętka nr i podpis lekarza