

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza okulistę - 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**

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|
| Pacjent z orzeczonym stopniem niepełnosprawności ma*: | | <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY | |
| zwężenie pola widzenia do 20 stopni | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY |
| zwężenie pola widzenia do 30 stopni | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY |
| ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY |
| ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY |
| Pacjent z orzeczoną niepełnosprawnością do 16 r.ż. ma*: | | <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY | |
| zwężenie pola widzenia do 30 stopni | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY |
| ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY |

b) Pacjent jest osobą niewidomą w rozumieniu programu *1: ☐ **tak** ☐ **nie**

c) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą w rozumieniu programu *2: ☐ **tak** ☐ **nie**

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

1) osoba niewidoma – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni; oraz która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,

2) osoba głuchoniewidoma – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się.

* **zaznaczyć właściwe**