

.....
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