

.....
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 orzeczoną stopniem niepełnosprawności ma*:		<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
Zwężenie pola widzenia do 20 stopni Dokładna wartość	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
zwężenie pola widzenia do 30 stopni Dokładna wartość	<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 Dokładna wartość	<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 Dokładna wartość	<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 Dokładna wartość	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 Dokładna wartość	<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)

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza

1) **osoba niewidoma** – należy przez to rozumieć:

- osobę niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni;
- osobę niepełnosprawną do 16 roku życia , która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub niższą niż 0,1 lub 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