

.....
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

☐	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
☐	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
☐	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
☐	Osoba niepełnosprawna <u>powyżej 16</u> roku życia, której dotyczy zaświadczenie <u>nie ma ostrości</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.....
(miejscowość)

.....
pieczętka nr i podpis lekarza