

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

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane 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

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: nie dotyczy

w oku lewym do: stopni

w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): nie dotyczy

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą*: tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza

***osoba niewidoma** – zgodnie z zapisami pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, to osoba niepełnosprawną, której ostrość wzroku oka lepszego po korekcji szklami nie przekracza 0,05 według skali Snellena lub osobę z ograniczonym polem widzenia do 20 stopni, niezależnie od zachowanej ostrości wzroku; w przypadku osób w wieku do 16 roku życia - osoba niepełnosprawną, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni;