

.....
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

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

1. Pacjent jest osobą niedowidzącą:

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:

2. Pacjent jest osobą **niewidomą**

a) osoby do 16 roku życia

ostrość wzroku oka lepszego po korekcji szklami nie przekracza 0,1 lub ma ograniczone pole widzenia do 30 stopni, niezależnie od zachowanej ostrości wzroku,

b) osoby powyżej lat 16

ostrość wzroku oka lepszego po korekcji szklami nie przekracza 0,05 lub ma ograniczone pole widzenia do 20 stopni, niezależnie od zachowanej ostrości wzroku.

tak nie

3. Pacjent jest osobą **głuchoniewidomą**:

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza