

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną w niżej wskazanym zakresie
(*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą*):

Pacjent (**dziecko w wieku do 16 roku życia**) ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

nie tak nie dotyczy

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza okulisty

Pacjent (**osoba w wieku od lat 16**) ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni

nie tak nie dotyczy

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza okulisty

Pacjent (**osoba pełnoletnia**) ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym poniżej 0,1 (lub 0,1) i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

nie tak nie dotyczy

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza okulisty

Dodatkowe informacje dotyczące dysfunkcji narządu wzroku pacjenta:

a) **dysfunkcja dotyczy** jednego oka obydwu oczu

b) **zwężenie pole widzenia:** *nie dotyczy*

w oku lewym do stopni w oku prawym do stopni

c) obniżona ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi w oku prawym wynosi

d) pacjent jest osobą głuchoniewidomą¹ tak nie

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty

¹ **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, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu lekarskim;