

.....
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 **prawym** do: stopni
☐ w oku **lewym** do: stopni
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ *nie dotyczy*
☐ w oku **prawym** wynosi:
☐ w oku **lewym** wynosi:
 - d) Pacjent jest osobą niewidomą¹:
☐ tak ☐ nie
 - e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą²:
☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza

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

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, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu lekarskim.