

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(lekarz specjalista)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” wydane nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim
- parametry podane w g skali Snellena

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

➤ **dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta (osoby dorosłej):**

- ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05

☐ ma ☐ nie ma

- lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,

☐ ma ☐ nie ma

➤ **dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta (w wieku do 16 roku życia):**

- ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3

☐ ma ☐ nie ma

- lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,

☐ ma ☐ nie ma

➤ **Pacjent jest osobą niewidomą:** ☐ jest ☐ nie jest

osoba niewidoma (zgodnie z definicją programu „Aktywny Samorząd”) – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną z dysfunkcją narządu wzroku: a) osoba dorosła - ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni, b) osoba w wieku do 16 roku życia - ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni,

➤ **Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:** ☐ jest ☐ nie jest

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty