

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu wzroku

Tak

Nie

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej i badania stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent powyżej 16 roku życia

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętąką):

<input type="checkbox"/>	ma ostrość wzorku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
i/lub		
<input type="checkbox"/>	ma zwężone pola widzenia do 20 stopni	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

c) Pacjent poniżej 16 roku życia

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	ma ostrość wzorku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ma ostrość wzorku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1	pieczętąka, nr i podpis lekarza
i/lub		
<input type="checkbox"/>	ma zwężone pola widzenia do 30 stopni	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	pieczętąka, nr i podpis lekarza

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak

nie

e) Pacjent jest osobą niedowidzącą:

tak

nie

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak

nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczętąka, nr i podpis lekarza)