

.....
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 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:

d) biorąc pod uwagę powyższe stwierdzam, że pacjent jest osobą niewidomą (należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężone pola widzenia do 20 stopni):

tak nie

e) biorąc pod uwagę powyższe stwierdzam, że **osoba niepełnosprawna do 16 roku życia** jest osobą niewidomą (należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężone pola widzenia

do 30 stopni): tak nie

.....
(miejsowość)

(data)

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty