

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B1)

- 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 20 stopni ☐ tak ☐ nie

☐ w oku prawym do 20 stopni ☐ tak ☐ nie

w przypadku **osób niepełnosprawnych do 16 roku życia**:

☐ w oku lewym do 30 stopni ☐ tak ☐ nie

☐ w oku prawym do 30 stopni ☐ tak ☐ nie

c) Pacjent ma obniżoną **ostrość wzroku** (w korekcji): ☐ *nie dotyczy*

☐ w oku lewym równą lub poniżej 0,05 ☐ tak ☐ nie

☐ w oku prawym równą lub poniżej 0,05 ☐ tak ☐ nie

w przypadku **osób niepełnosprawnych do 16 roku życia**:

☐ w oku lewym równą lub poniżej 0,3 ☐ tak ☐ nie

☐ w oku prawym równą lub poniżej 0,3 ☐ tak ☐ nie

☐ w oku lewym równą lub poniżej 0,1 ☐ tak ☐ nie

☐ w oku prawym równą lub poniżej 0,1 ☐ tak ☐ nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty