

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:

e) Pacjent jest osobą niewidomą*

tak nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, nr_i podpis lekarza

* osoba niewidoma –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 poniżej 20 stopni, niezależnie od zachowanej ostrości wzrokuć osoba niepełnosprawna, której ostrość wzroku oka lepszego po korekcji szklami nie przekracza 0,05 według skali