

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA OKULISTY

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 do 20 stopni:

tak (ile

nie (ile

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

w oku lepszym równą lub poniżej 0.05 :

tak (ile

nie (ile

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Do programu Aktywny Samorząd kwalifikują się osoby niepełnosprawne, które posiadają dysfunkcję narządu wzroku wynoszącą:

- osoby do 16 r.ż – ostrość wzroku w korekcji w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub/i ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

- pozostali - ostrość wzroku w korekcji w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub/i ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni