

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B1)
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

dotyczy osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia z dysfunkcją narządu wzroku

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole):
4. Pacjent jest osobą niewidomą: tak nie

Wypełnić w przypadku osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności

OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI (należy wskazać wg skali Snellena)
ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym jest równa lub poniżej 0,05
ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym jest równa lub poniżej 0,05
ZWĘŻENIE POLA WIDZENIA
zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym
zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym

Wypełnić w przypadku osoby w wieku do 16-go roku życia stopniem niepełnosprawności

OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI (należy wskazać wg skali Snellena)
ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym jest równa lub poniżej 0,1
ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym jest równa lub poniżej 0,1
ZWĘŻENIE POLA WIDZENIA
zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym
zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym

.....
pieczętka, nr i podpis

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku