

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

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

osoby legitymującej się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności
(dysfunkcja narządu wzroku)

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

Co oznacza, że Pacjent ma zwężone pole widzenia: poniżej 20 stopni powyżej 20 stopni

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

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

Co oznacza, że:

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku **lepszym**: prawym lewym

równą 0,05

poniżej 0,05

powyżej 0,05

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku **gorszym**: prawym lewym

równą 0,05

poniżej 0,05

powyżej 0,05

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: **tak** **nie**

e) Pacjent jest osobą niewidomą: **tak** **nie**

4. Obniżenie sprawności wzrokowej wyklucza korzystanie z podstawowego (standardowego)

sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania **tak** **nie**

....., dnia

.....

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza