

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 roku życia**  
**(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 30 stopni  powyżej 30 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 0,1  poniżej 0,1  powyżej 0,1

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

równą 0,1  poniżej 0,1  powyżej 0,1

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