

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(może być wydane tylko przez lekarza okulistę)

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:

d) Pacjent jest osobą:

1) głuchoniewidomą: tak nie

2) niewidomą: tak nie

3) niedowidzącą : tak nie

....., dnia

(miejscowość)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza

UWAGA!

gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, wnioskodawca zobowiązany jest przedłożyć zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia poniżej 20 stopni;