

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

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

➤ **dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta (osoby dorosłej):**

ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,

ma       nie ma

➤ **dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta (w wieku do 16 roku życia):**

ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,

ma       nie ma

➤ **Pacjent jest osobą niewidomą:**       jest       nie jest

**osoba niewidoma (zgodnie z definicją programu „Aktywny Samorząd”)** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną z dysfunkcją narządu wzroku:

- osoba dorosła - ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni,
- osoba w wieku do 16 roku życia - ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni,

➤ **Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:**       jest       nie jest

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_i podpis lekarza