

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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:

- a) osoba dorosła - ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni,
- b) 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,

O Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: jest nie jest

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza