

Pieczętka 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**

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 głuchoniewidomą:
☐ tak ☐ nie
4. Pacjent spełnia warunki uczestnictwa w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar B Zadanie 3 ¹. ☐ tak ☐ nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

¹ Dysfunkcja narządu wzroku – należy przez to rozumieć dysfunkcję narządu wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu – także dysfunkcję powodującą obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej **0,1** lub zwężenie pola widzenia do **30** stopni, potwierdzoną zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza okulistę.