

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

**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

**W PRZYPADKU OSÓB DOROSŁYCH**

Pacjent ma zwężone pole widzenia:

- nie dotyczy  
 w oku lewym do: 20 stopni       tak    nie  
 w oku prawym do: 20 stopni     tak    nie

Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji)  
w oku lepszym równą lub poniżej:

- nie dotyczy  
 w oku lewym: 0,05                       tak    nie  
 w oku prawym: 0,05                     tak    nie

**W PRZYPADKU OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA**

Pacjent ma zwężone pole widzenia :

- nie dotyczy  
 w oku lewym do: 30 stopni       tak    nie  
 w oku prawym do: 30 stopni     tak    nie

Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji)  
w oku lepszym równą lub poniżej:

- nie dotyczy  
 w oku lewym: 0,3                         tak    nie  
 w oku prawym: 0,3                       tak    nie

**PACJENT JEST OSOBĄ NIEWIDOMĄ:**

tak     nie

**WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU OSÓB NIEWIDOMYCH DO 16 ROKU ŻYCIA**

Pacjent ma zwężone pole widzenia :

- nie dotyczy  
 w oku lewym do: 30 stopni       tak    nie  
 w oku prawym do: 30 stopni     tak    nie

Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku  
(w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej :

- nie dotyczy  
 w oku lewym do: 0,1                       tak    nie  
 w oku prawym do: 0,1                     tak    nie

**PACJENT JEST OSOBĄ GŁUCHONIEWIDOMĄ:**

tak     nie

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

miejsce

data

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty