

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU
wydane 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. Rodzaj choroby zasadniczej.....
.....
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że pacjent posiada niepełnosprawność:

OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI <u>(należy wskazać wg skali SNELLENA!!!)</u>	
Lewe oko: Ostrość wzoru	Prawe oko: Ostrość wzoru
<input type="checkbox"/> ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,05 (dot. osób po 16 r.ż.)	
<input type="checkbox"/> ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równa lub poniżej 0,1 (dot. dzieci do 16 r.ż.).	
<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
ZWĘŻENIE POLA WIDZENIA	
Lewe oko: Zwężenie pola widzenia stopni	Prawe oko: Zwężenie pola widzenia stopni
<input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 20 stopni (dot. osób po 16 r.ż.);	
<input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 30 stopni (dot. dzieci do 16 r.ż.).	
<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty