

.....

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:

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

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty