

*Załącznik nr 2b do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar B Zadanie nr 1*

.....
Stempel 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

tzn. osoba niepełnosprawna, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się

e) Pacjent jest osobą niewidomą:

☐ tak

☐ nie

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza

4. Na podstawie powyższego stwierdzam, iż Pacjent

(imię i nazwisko)

ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie

pola widzenia do 20 stopni* – **dot. osoby powyżej 16 roku życia**

☐

tak

☐

nie

Na podstawie powyższego stwierdzam, iż Pacjent.....

(imię i nazwisko)

ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie

pola widzenia do 30 stopni* – **dot. osoby do 16 roku życia**

☐

tak

☐

nie

*niepotrzebne skreślić

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza