

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

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

....., dnia.....  
(miejsowość)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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

\* wyjaśnienie: (**osoba niewidoma** – **znaczny** stopień niepełnosprawności – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni.

**Osoba niewidoma** – osoba niepełnosprawna **w wieku do 16 r.ż.** - ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni).

.....  
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 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 0,3 lub ma zwężenie pola  
widzenia do 30 stopni\* – **dot. osoby do 16 roku życia**     tak     nie

....., dnia .....  
(miejscowość)                      (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

\*niepotrzebne skreślić