

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.....
(miejsowość)

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

* wyjaśnienie: (osoba niewidoma – znaczny stopień niepełnosprawności, osoba powyżej 16 r.ż. – 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

*niepotrzebne skreślić

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza