Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

.....

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 niewidomą i posiada ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma ograniczone pole widzenia do 20 stopni - dotyczy osób po 16 roku życia.

☐ tak ☐ nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą i posiada ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 i/lub ma ograniczone pole widzenia do30 stopni - dotyczy osób do 16 roku życia.

☐ tak ☐ nie

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie

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

(miejscowość) **(data)**

.....

pieczątka, nr_ i podpis lekarza okulisty