

program finansowany ze środków PFRON

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 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 lub ma ograniczone pole widzenia do 30 stopni - *dotyczy osób do 16 roku życia.*

tak       nie

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  tak       nie

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

(miejscowość )

(data)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza okulisty