

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczy osób do 16 roku życia

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B1)
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy: jednego oka obydwu oczu

Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> (badanie wykonane z użyciem szkieł korygujących): Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym – równa lub poniżej 0,3 <input type="checkbox"/> Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym - powyżej 0,3 <input type="checkbox"/> Parametry dla obu oczu (w wartościach liczbowych- ułamki dziesiętne lub właściwe, np. brak poczucia światła „0.0”) - w oku prawym
Pacjent ma zwężone pole widzenia <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> Zwężenie pola widzenia w oku lepszym do 30 stopni <input type="checkbox"/> Zwężenie pola widzenia w oku lepszym powyżej 30 stopni <input type="checkbox"/> Parametry dla obu oczu (w wartościach liczbowych- podane w stopniach) - w oku prawym
Pacjent jest osobą niewidomą: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 <input type="checkbox"/> Pole widzenia jest zwężone do 30 stopni <input type="checkbox"/>
Pacjent jest osobą głuchoniewidomą. Tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Pacjent w związku z poziomem dysfunkcji narządu wzroku wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia w zakresie obsługi nabytego sprzętu elektronicznego i oprogramowania. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/>

Ujęcie w zaświadczeniu jedynie zapisów typu: „nie dotyczy”, „nie można wykonać badania” lub tylko wartości opisowych, będzie traktowane jako brak przedstawienia niezbędnych informacji o danym parametrze.

....., dnia

(miejsce)

(data)

.....
pieczętka nr i podpis lekarza okulisty