

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.....

(miejscowość)

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