

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**(lekarza okulisty)**

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 prawym do: ..... stopni

w oku lewym do: ..... stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

nie dotyczy

w oku prawym wynosi: .....

w oku lewym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą niewidomą\*:  tak  nie

e) Pacjent jest osobą słabowidzącą:  tak  nie

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  tak  nie

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

\* **osoba niewidoma** - zgodnie z zapisami pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, to osoba niepełnosprawna, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni; w przypadku osób do 16 roku życia – osoba niepełnosprawna, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni.