

.....  
**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*  
**UWAGA! Należy wykazać w wartościach dziesiętnych.**

w oku lewym wynosi: .....

w oku prawym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak       nie

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

(**miejsowość**)

(**data**)

.....  
**pieczętka, nr i podpis lekarza**

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

### 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 zaświadczam, że:  
(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Pacjent <u>posiada</u> dysfunkcję wzroku	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba niepełnosprawna ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent jest osobą <u>głuchoniewidomą</u> tj. osobą niepełnosprawną, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent <u>nie posiada</u> dysfunkcji wzroku	pieczętą, nr i podpis lekarza

4. Z uwagi na rodzaj i zakres dysfunkcji narządu wzroku zaleca się w celu kompensacji niepełnosprawności używanie sprzętu elektronicznego:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

(miejsowość)

(data)

pieczętą, nr i podpis lekarza