

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA OSOBY NIEWIDOMEJ

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej
do rodzaju niepełnosprawności

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
dla osób do 16 roku życia – osoba niewidoma

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):
3. Badanie ostrości wzorku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących - w korekcji.

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent jest osobą:

niewidomą:

☐ tak ☐ nie

głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia20.....r.

.....

(**miejsowość**) (**data**)

pieczętka, nr i podpis