

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
 (Lekarz specjalista - od narządu wzroku)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

Pacjent po 16 roku życia: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy: Jednego oka <input type="checkbox"/> Obydwu oczu <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty	
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,05		
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym		
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym		
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego		
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego		

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

Pacjent do 16 roku życia: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy: Jednego oka <input type="checkbox"/> Obydwu oczu <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty	
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,3		
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub niższa niż 0,1		
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub niższa niż 0,1		
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym		
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym		
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego		
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego		

UWAGA!

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzić ten fakt czytelnym podpisem i pieczęcią osoby dokonującej skreśleń i poprawek.