

Dotyczy osób do 16 roku życia

.....
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**

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy: ☐ jednego oka ☐ obydwu oczu

Pacjent ma **obniżoną ostrość wzroku** (badanie wykonane z użyciem szkieł korygujących): **nie dotyczy** ☐

Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym – równa lub poniżej 0,3 ☐

Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym - powyżej 0,3 ☐

Parametry dla obu oczu (w wartościach liczbowych- ułamki dziesiętne lub właściwe, np. brak poczucia
światła „0.0”)

- w oku prawym

- w oku lewym

Pacjent ma **zwężone pole widzenia** : **nie dotyczy** ☐

Zwężenie pola widzenia w oku lepszym **do 30 stopni** ☐

Zwężenie pola widzenia w oku lepszym **powyżej 30 stopni** ☐

Parametry dla obu oczu (w wartościach liczbowych- podane w stopniach)

- w oku prawym

- w oku lewym

Pacjent **jest osobą niewidomą**: **tak** ☐ **nie** ☐

Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest **równa lub niższa niż 0,1** ☐

Pole widzenia jest **zwężone do 30 stopni** ☐

Pacjent jest osobą **głuchoniewidomą**. **tak** ☐ **nie** ☐

Pacjent w związku z poziomem dysfunkcji narządu wzroku wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia w
zakresie obsługi nabytego sprzętu elektronicznego i oprogramowania. **tak** ☐ **nie** ☐ **nie dotyczy** ☐

Ujęcie w zaświadczeniu jedynie zapisów typu: „nie dotyczy”, „nie można wykonać badania” lub
tylko wartości opisowych, będzie traktowane jako brak przedstawienia niezbędnych informacji o
danym parametrze.

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza okulisty