

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności  
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy (w każdym przypadku należy podać parametry (ostrość / pole widzenia) **dla obu oczu** zaznaczając właściwe pole  znakiem X oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

### a) Dotyczy osoby powyżej 16 roku życia

<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza

### b) Dotyczy osoby do 16 roku życia

<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent jest osobą niewidomą: -tak -nie

(należy wypełnić podpunkt c) w przypadku gdy w punkcie 4 zaznaczono odpowiedź TAK)

### c) Dotyczy osoby do 16 roku życia

<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....,  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty)