

**Moduł I Obszar B Zadanie 3 / 2 (dotyczy dysfunkcji narządu wzroku)**

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności  
wydane dla potrzeb PCPR w Żninie– dot. programu „Aktywny samorząd”  
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta : .....

2. PESEL:

3. Zakres dysfunkcji narządu wzroku Pacjenta (opis):

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

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy: jednego oka obydwu oczu

b) Pacjent jest niewidomy: tak nie

c) Pacjent jest głuchoniewidomy: tak nie

d) Pacjent ma zwężone pole widzenia : dotyczy nie dotyczy

w oku lewym do 30 stopni dotyczy nie dotyczy

w oku prawym do 30 stopni dotyczy nie dotyczy

e) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): dotyczy nie dotyczy

w oku lewym równą lub poniżej 0,1 tak nie

w oku prawym równą lub poniżej 0,1 tak nie

5. Uwagi dodatkowe:

.....  
.....

....., dnia .....  
(miejsowość) (data)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

\* ( zaznaczyć właściwe pole znakiem X )