

Dotyczy osób do 16 roku życia

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 <input type="checkbox"/>
Ostrość wzroku (w korekcji) <u>w oku lepszym</u> – równa lub poniżej 0,3	<input type="checkbox"/>
Ostrość wzroku (w korekcji) <u>w oku lepszym</u> - powyżej 0,3	<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Zwężenie pola widzenia <u>w oku lepszym</u> do 30 stopni	<input type="checkbox"/>
Zwężenie pola widzenia <u>w oku lepszym</u> powyżej 30 stopni	<input type="checkbox"/>
Parametry dla obu oczu (w wartościach liczbowych- podane w stopniach)	- w oku prawym - w oku lewym
Pacjent jest osobą niewidomą :	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1	<input type="checkbox"/>
Pole widzenia jest zwężone do 30 stopni	<input type="checkbox"/>
Pacjent w związku z poziomem dysfunkcji narządu wzroku wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia w zakresie obsługi nabytego sprzętu elektronicznego i oprogramowania. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/>	

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

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza okulisty