



Załącznik nr 2b do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**Moduł I Obszar B Zadanie nr 1**

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

....., dnia.....  
(miejscowość)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  nie dotyczy

w oku lewym do: ..... stopni

w oku prawym do: ..... stopni

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

w oku lewym wynosi: .....

w oku prawym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  tak  nie

tzn. osoba niepełnosprawna, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się

e) Pacjent jest osobą niewidomą:  tak  nie

.....  
pieczętka, nr\_i podpis lekarza

4. Na podstawie powyższego stwierdzam, iż Pacjent .....

(imię i nazwisko)

ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie

pola widzenia do 20 stopni\* – **dot. osoby powyżej 16 roku życia**     tak     nie

Na podstawie powyższego stwierdzam, iż Pacjent.....

(imię i nazwisko)

ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub ma zwężenie pola

widzenia do 30 stopni\* – **dot. osoby do 16 roku życia**     tak     nie

\*niepotrzebne skreślić

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza