

**Załącznik nr 17 do formularza wniosku „P” i „O” w ramach pilotażowego programu
„Aktywny samorząd” - 2019 r. MODUŁ I obszar B zadanie 1**

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji
adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim, właściwe zaznaczyć znakiem „x”*

1. Imię i nazwisko pacjenta

2. PESEL

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

a) pacjent - *ma ostrość wzroku w korekcji w oku lepszym równą lub poniżej 0,05:*

tak nie

b) pacjent - *ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni:*

tak nie

c) pacjent w wieku do 16 roku życia - *ma ostrość wzroku w korekcji w oku lepszym równą lub poniżej 0,1:*

tak nie

d) pacjent w wieku do 16 roku życia - *ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni:*

tak nie

e) pacjent jest osobą głuchoniewidomą - *równoczesne uszkodzenie słuchu i wzroku w wyniku czego osoba niepełnosprawna napotyka na bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się:*

tak nie

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