

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarza okulisty

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) Pacjent jest osobą niewidomą:

☐ tak ☐ nie

b) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

c) Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka ☐ obydwu oczu

d) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym poniżej: stopni

☐ w oku prawym poniżej: stopni

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

☐ w oku lewym wynosi poniżej:

☐ w oku prawym wynosi poniżej:

f) Wskazany jest dla Pacjenta sprzęt elektroniczny lub jego elementy oraz oprogramowanie (wymienić sprzęt:.....)

.....)

z uwagi na likwidację barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym.

g) Pacjent wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia z powodu poziomu dysfunkcji narządu wzroku (zaznaczyć w przypadku ubiegania się o dofinansowanie szkolenia w zakresie obsługi sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania)

☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)