



Stempel zakładu opieki zdrowotnej /praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”  
( prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim )

**Imię i nazwisko** .....

**Data urodzenia**..... **PESEL** .....

**1. Rodzaj choroby zasadniczej:**

.....  
.....

**Pacjent wymaga** (\*proszę właściwie zaznaczyć znakiem X) **pomocy w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania**

tak ☐ \*

nie ☐ \*

ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

.....  
.....

**2. Informacje dotyczące dysfunkcji:**

<p><b>a) dysfunkcja narządu wzroku</b> dotyczy:</p> <p><input type="checkbox"/> jednego oka   <input type="checkbox"/> obu oczu</p> <p><b>b) dysfunkcja narządu wzroku - zwężenie POLA WIDZENIA ( podawać zawsze wartości liczbowe ):</b></p> <p><input type="checkbox"/> dysfunkcja nie dotyczy pola widzenia</p> <p><b>OKO PRAWE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 20 stopni</p> <p><input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 30 stopni</p> <p><b>OKO LEWE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 20 stopni</p> <p><input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 30 stopni</p>	<p>pieczętka i podpis lekarza okulisty</p>
---	--

<p>c) dysfunkcja narządu wzroku - <b>obniżona ostrość wzroku ( badanie wykonane w korekcji )</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>dysfunkcja nie dotyczy ostrości wzroku</i></p> <p><b>OKO PRAWE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,05</p> <p><input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,3</p> <p><input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,1</p> <p><b>OKO LEWE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,05</p> <p><input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,3</p> <p><input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,1</p> <p><b>( Uwaga: podawać zawsze wartości liczbowe )</b></p> <p>d) Pacjent jest osobą <b>głuchoniewidomą</b>:</p> <p><input type="checkbox"/> tak            <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>pieczętka i podpis lekarza okulisty</p>
---	--

dnia ..... ..

*pieczętka i podpis lekarza okulisty*