

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA OKULISTY

(wydane dla potrzeb PFRON – pilotażowy program „Aktywny samorząd” B1-B3)

Imię i nazwisko Pacjenta

Data Urodzenia PESEL

Miejsce zamieszkania
(adres zamieszkania z kodem pocztowym))

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

(należy wpisać znak X w odpowiednie pola w pkt 1-2)

1) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

2) ponadto:

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub

Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni.

albo

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub

Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni.

Dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 r.ż:

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

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 i/lub

Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
pieczętka i podpis lekarza okulisty