

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

....., dnia lub

### 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:

**Pacjent jest osobą niewidomą (w rozumieniu programu)\*:**

#### a) Pacjent powyżej 16 roku życia:

<b>Pacjent ma ostrość wzroku <u>w (korekcji)</u></b>  w oku lewym równą lub niższą niż 0,05 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym równą lub niższą niż 0,05 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<b><i>lub</i></b>	
<b>Pacjent ma zwężone pola widzenia:</b>  w oku lewym do 20 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym do 20 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

#### b) Pacjent poniżej 16 roku życia:

<b>Pacjent ma ostrość wzroku <u>w (korekcji)</u></b>  w oku lewym równą lub niższą niż 0,1 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym równą lub niższą niż 0,1 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<b><i>lub</i></b>	
<b>Pacjent ma zwężone pola widzenia:</b>  w oku lewym do 30 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w oku prawym do 30 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Badanie ostrości wzroku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących:  TAK  NIE

5. Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  TAK  NIE

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

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty

\* osoba niewidoma –

- a) osoba posiadająca znaczny stopień niepełnosprawności, ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni,
- b) osoba niepełnosprawna w wieku do 16 roku życia, ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni.

**Ważne informacje dot. sposobu wypełniania zaświadczeń na potrzeby programu PFRON pn. „Aktywny samorząd” przez lekarzy okulistów:**

**Bardzo prosimy o uwzględnianie poniższych instrukcji przy wystawianiu zaświadczeń określających parametry wzroku na potrzeby programu PFRON „Aktywny samorząd”. Niewłaściwe wypełnienie tego dokumentu będzie skutkowało koniecznością jego ponownego wystawienia lub brakiem możliwości przyznania dofinansowania osobie niepełnosprawnej.**

- W każdym przypadku należy podać parametry (ostrość lub pole widzenia) dla obu oczu.
- Konieczna jest adnotacja o tym, że badanie ostrości wzroku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących – w korekcji.
- Informacje dotyczące ostrości wzroku muszą być podawane w wartościach liczbowych (ułamki dziesiętne lub właściwe). Nie wystarczy, gdy lekarz okulista użyje określeń typu: „całkowita ślepotą”, „brak gałek ocznych”, „liczy palce”, „wodzi za światłem” itp. Zamiast określenia np: „brak poczucia światła”, w odniesieniu do ostrości widzenia, dla obu oczu powinny się znaleźć wartości „0.0”.
- Podobnie ma się rzecz z kryterium dot. pola widzenia – w zaświadczeniu muszą się znaleźć wartości liczbowe, ale podane w stopniach np. „<30°”. W zaświadczeniu nie można używać wyłącznie określeń typu: „widzenie szczelinowe”, „widzi tylko obwodowo” itp. **zamiast wartości liczbowych podanych w stopniach.**
  
- **Ujęcie w zaświadczeniu jedynie zapisów typu: „nie dotyczy”, „nie można wykonać badania” lub tylko wartości opisowych, będzie traktowane jako brak przedstawienia niezbędnych informacji o danym parametrze.**