

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

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B1)

(dotyczy osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz osób do 16 roku życia z dysfunkcją narządu wzroku)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

Pacjent jest osobą niewidomą:  tak  nie

### I. Wypełnić jeżeli dotyczy osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,05 (lub 0,05)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,05 (lub 0,05)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego (jaka?) .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego (jaka?) .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

### II. Wypełnić jeżeli dotyczy osób w wieku do 16 roku życia

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego (jaka?) .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego (jaka?) .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....  
Miejscowość, data

.....  
pieczęć imienna, podpis lekarza

<sup>1</sup> Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku

**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 jedynie 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.