

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **proszę wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:	<input type="checkbox"/> jednego oka <input type="checkbox"/> obydwu oczu	pieczętka, nr i podpis lekarza
Pacjent ma zwężone pole widzenia:	<input type="checkbox"/> w oku lewym do: ..... stopni <input type="checkbox"/> w oku prawym do: ..... stopni <input type="checkbox"/> nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza
Pacjent ma zwężone pole widzenia:	- w przypadku osoby dorosłej do 20 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie - w przypadku osoby niepełnosprawnej do 16 r.ż. do 30 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):	<input type="checkbox"/> w oku lewym wynosi: ..... <input type="checkbox"/> w oku prawym wynosi: ..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym:	- w przypadku osoby dorosłej równą lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie - w przypadku osoby niepełnosprawnej do 16 r.ż. równą lub poniżej 0,3 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <b>lub</b> - w przypadku osoby niepełnosprawnej do 16 r.ż. równą lub niższą niż 0,1 (wskazanie tego parametru ostrości wzroku tj. = lub < 0,1 umożliwi udzielenie wsparcia przewidzianego dla osób niewidomych) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	          pieczętka, nr i podpis lekarza
Pacjent jest osobą głuchoniewidomą	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	          pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka i podpis lekarza specjalisty z zakresu okulistyki

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

Bardzo prosimy o uwzględnianie poniższych instrukcji przy wystawianiu zaświadczeń określających parametry wzroku na potrzeby pilotażowego programu „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 ślepota”, „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 stopni”. W zaświadczeniu nie można używać wyłącznie określenia 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
- W przypadku osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, najlepiej jest podać informacje o obu parametrach: ostrość i pole widzenia.
- W odniesieniu do dzieci do 16 roku życia, nie wymaga się przedstawienia wyniku pola widzenia.