......................................................... .............................., dnia ……………………..

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **(lekarza okulisty)**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

*- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Proszę o zapoznanie się z informacją dot. sposobu wypełniania zaświadczeń na potrzeby programu „Aktywny samorząd” przez lekarzy okulistów, zawartą na odwrocie niniejszego formularza.

1. Imię i nazwisko Pacjenta ............................................................................................................
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
4. dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy: jednego oka obydwu oczu
5. Pacjent ma zwężone pole widzenia:

 *nie dotyczy*

 w oku prawym do: ............................ stopni

 w oku lewym do: .............................. stopni

1. Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

 *nie dotyczy*

 w oku prawym wynosi: ................................................................

 w oku lewym wynosi: ..................................................................

1. Pacjent jest osobą niewidomą\*: tak nie
2. Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

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

(miejscowość) pieczątka, nr i podpis lekarza

\* **osoba niewidoma** - zgodnie z zapisami pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, osoba
z niepełnosprawnością, z dysfunkcją narządu wzroku, w przypadku:

 a) osoby posiadającej znaczny stopień niepełnosprawności, osoba, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub niższą niż 0,05 lub ma pole widzenia zwężone do 20 stopni,

 b) osoby do 16 roku życia – osoba z niepełnosprawnością, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub niższą niż 0,1 lub ma pole widzenia 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 z niepełnosprawnością.**

* 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°**”. 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.**
* W przypadku osób z niepełnosprawnością powyżej 16 roku życia, najlepiej jest podać informacje o obu parametrach: ostrości i polu widzenia.
* W odniesieniu do dzieci do 16 roku życia, nie wymaga się przedstawienia wyniku badania pola widzenia.