

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

.....dnia.....

### Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Elblągu  
– dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych **Obszar B, Zadanie 1- pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego i jego  
elementów**

**B1** – osoby z dysfunkcją narządu wzroku, znaczny stopień niepełnosprawności, symbol orzeczenia  
inny niż 04-O,

- osoby z orzeczeniem do 16 r.ż. z dysfunkcją narządu wzroku,

- osoby z dysfunkcją narządu wzroku, znaczny stopień niepełnosprawności, symbol orzeczenia 04-O  
**(w przypadku urządzeń brajlowskich),**

**B - 3** – osoby z dysfunkcją narządu wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności, symbol  
orzeczenia inny niż 04-O

1. Imię i nazwisko Pacjenta:.....

2. PESEL:.....

<b>3. Informacja o stanie zdrowia:</b>	
<p>a) Pole widzenia pacjenta wynosi:</p> <p><input type="checkbox"/> w oku lewym ..... stopni</p> <p><input type="checkbox"/> w oku prawym ..... stopni</p> <p><input type="checkbox"/> nie dotyczy</p>	<p>.....</p> <p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>b) Pacjent ma ostrość widzenia w oku prawym (w korekcji)</p> <p><input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,05</p> <p><input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,1      <input type="checkbox"/> inna: .....</p> <p><input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,3</p>	<p>.....</p> <p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>c) Pacjent ma ostrość widzenia w oku lewym (w korekcji):</p> <p><input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,05</p> <p><input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,1      <input type="checkbox"/> inna: .....</p> <p><input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,3</p>	<p>.....</p> <p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK                              <input type="checkbox"/> NIE</p>	
<p>e) Pacjent jest osobą niewidomą:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK                              <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>.....</p> <p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>

.....  
(data)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)