

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu wzroku, która nie jest przyczyną wydania
orzeczenia oraz w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. **Imię i nazwisko Pacjenta**

2. **PESEL**

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,05	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,1	
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,1	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	

Osoba niewidoma **tak** **nie**

** Zaświadczenia wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta*