

.....

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
DLA OSÓB POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA**

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności  
*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Zakres dysfunkcji narządu **wzroku / ~~obu kończyn górnych~~**\* Pacjenta

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że \*\*:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:  jednego oka  obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  dotyczy  nie dotyczy

w oku lewym do 20 stopni  tak  nie

w oku prawym do 20 stopni  tak  nie

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  dotyczy  nie dotyczy

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,05  tak  nie

w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,05  tak  nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  tak  nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą:  tak  nie

5. Uwagi dodatkowe / ewentualne potrzeby Pacjenta:

.....  
.....  
.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\* należy skreślić niewłaściwe

\*\* (zaznaczyć właściwe  znakiem X)