

.....

....., 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)