

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

....., dnia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA OSÓB DO 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) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

- w oku lepszym równą lub poniżej **0,3** tak nie

- lub ma zwężenie pola widzenia do **30 stopni** tak nie

b) Pacjent jest osobą niewidomą: tak nie

ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

- w oku lepszym jest równa lub niższa niż: **0,1** tak nie

- lub pole widzenia jest zwężone do: **30 stopni** tak nie

c) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

5. Uwagi dodatkowe / ewentualne potrzeby Pacjenta:

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

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* należy skreślić niewłaściwe

** (zaznaczyć właściwe pole znakiem X)