

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Adres zamieszkania Pacjenta
3. PESEL
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
 - a) Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:
 jednego oka
 obydwu oczu
 - b) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1:
 Tak: Nie Nie dotyczy (Uzasadnienie)
 w oku lewym do: stopni
 w oku prawym do: stopni
 - c) Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni (w korekcji):
 Tak: Nie Nie dotyczy (Uzasadnienie)
 w oku lewym wynosi:
 w oku prawym wynosi:
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:
 Tak Nie
 - e) Pacjent jest osobą niewidomą:
 Tak Nie
 - f) Pacjent jest osobą niedowidzącą:
 Tak Nie

Uwagi:.....
.....
.....

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza