

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Należy wypełnić w przypadku, gdy przyczyna w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności jest inna, niż
dysfunkcja narządu wzroku

- **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 0,05:**
 - Tak: Nie Nie dotyczy (Uzasadnienie)
.....
 - w oku lewym do: stopni
.....
 - w oku prawym do: stopni
.....
 - c) Pacjent ma zwężenie pola widzenia **do 20 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