

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia się w przypadku, gdy przyczyna niepełnosprawności jest inna, niż dysfunkcja narządu wzroku  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Adres zamieszkania:.....
3. PESEL
4. Zakres dysfunkcji narządu wzroku pacjenta (opis): .....

- .....
- dysfunkcja narządu wzroku jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ważnego i posiadanego przez Pacjenta
  - dysfunkcja narządu wzroku nie jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ważnego i posiadanego przez Pacjenta  
**(proszę zakreślić właściwe pole  w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu wzroku, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia )**
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równe lub poniżej 0,1	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym powyżej 0,1	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lepszym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia powyżej 30 stopni w oku lepszym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętąka, nr i podpis lekarza

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

**(miejscowość )**

**(data)**

.....  
**pieczętąka, nr i podpis lekarza**