

.....
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

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza