

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia się w przypadku, gdy przyczyna niepełnosprawności jest inna, niż dysfunkcja narządu wzroku
z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności

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

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza