.....
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 0,05:

☐ Tak: ☐ Nie ☐ *Nie dotyczy (Uzasadnienie)* ……...

☐ w oku lewym do: ..... stopni ……

☐ w oku prawym do: ..... stopni ……

c) Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni:

☐ 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**) pieczątka, nr_i podpis lekarza