

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. Adres zamieszkania: .....

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 0,3:**

Tak:                                       Nie                                       Nie dotyczy (Uzasadnienie)

w oku lewym do: ..... stopni                                      .....

w oku prawym do: ..... stopni                                      .....

c) 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                                      .....

d) Pacjent ma zwężenie pola widzenia **do 30 stopni:**

Tak:                                       Nie                                       Nie dotyczy (Uzasadnienie)

w oku lewym wynosi: .....                                      .....

w oku prawym wynosi: .....                                      .....

e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

Tak       Nie

f) Pacjent jest osobą niewidomą:

Tak       Nie

g) Pacjent jest osobą niedowidzącą:

Tak       Nie

Uwagi:.....

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

**(miejsowość)**

**(data)**

**pieczętka, nr i podpis lekarza**