

.....  
**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): .....
- .....
- .....
- .....

5. (Proszę zakreślić właściwe pole  w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu wzroku, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia )

- 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

6. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<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

□	Inna dysfunkcja oka lewego	
□	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(miejscowość )

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza