

.....  
**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 0,05:**
- 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 .....

(**miejsowość**)

(**data**)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza