

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

NARZĄD WZROKU – osoby powyżej 16-go roku życia

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka obydwu oczu

| | | |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,05 (lub 0,05) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,05 (lub 0,05) | |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym | |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym | |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka lewego | |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka prawego | |

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza