

.....
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

(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,05 (lub 0,05)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,05 (lub 0,05)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza