

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku

Pacjenta dotyczy: ☐ jednego oka ☐ obydwu oczu

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

|                          |                                                                              |                                   |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym<br>poniżej 0,1 (lub 0,1)  | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym<br>poniżej 0,1 (lub 0,1) | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym                              | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym                             | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka lewego                                                   | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka prawego                                                  | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza