

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia się w przypadku, gdy przyczyna niepełnosprawności jest inna, niż dysfunkcja narządu wzroku

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta:

2. Adres zamieszkania:

3. PESEL

4. Osoba niepełnosprawna do: 16 roku życia powyżej 16 roku życia

5. Zakres dysfunkcji narządu wzroku pacjenta (opis).....
.....
.....

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

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

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

Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) u Pacjenta w **oku lepszym równe lub poniżej 0,1:**

tak nie

w oku lewym do: stopni w oku prawym do stopni

Zwężenie pola widzenia u Pacjenta **do 30 stopni (w korekcji)**

tak nie

w oku lewym do: stopni w oku prawym do stopni

Inna dysfunkcja

oka prawego oka lewego

....., dnia,
(miejsowość) **(data)**

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza