

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

NARZĄD WZROKU – osoby w wieku do 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 lub równe 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej lub równe 0,3	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 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